

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARALYSIE FACIALE RÉCIDIVANTE ET PARALYSIE
FACIALE A BASCULE D'ORIGINE OTIQUE

Par **M. LANNOIS** (Lyon).

La fréquence des récides de la paralysie faciale périphérique est assez notable ; on en trouve des exemples dans les travaux de Montault (1831), Trousseau, Neumann, Junin, Despaigne, Valot, Gellé, en France ; de Gowers, en Angleterre ; de Möbius, Hoffmann, Hatschek, Hübschmann, Donath, Bernhardt, en Allemagne. Une thèse toute récente vient d'être soutenue à Paris sur ce sujet par le Dr Petit ⁽¹⁾.

Cette fréquence a été évaluée ainsi qu'il suit : sur 112 cas personnels, Bernhardt l'a vue 7 fois, soit 6,25 % ; Donath, 5 fois sur 63 cas, soit 7,9 % ; Hatschek, 10 fois sur 88, soit 12,5 % ; Hübschmann, 6 fois sur 99, soit 6,6 % ; Philip, 6 fois sur 130 cas, soit 4,61 %. Bernhardt ⁽²⁾ totalisant tous ces faits en trouve 484 avec 34 récides, soit 7,02 %. Petit

⁽¹⁾ PETIT. — *Thèse de Paris*, 6 avril 1905.

⁽²⁾ BERNHARDT. — *Ueber die sog. recidivirenden Facialislähmungen* (*Neurolog. Centralblatt*, n°s 3 et 4, 1899).

donne la statistique des cas observés à la Salpêtrière par Huet : elle porte sur 240 cas avec 13 récurrences, soit une proportion un peu faible de 5,4 %. Il est à noter que la plupart des auteurs que nous venons de citer ne font pas de différence entre les paralysies récidivant sur le même côté et celles qui atteignent successivement les deux nerfs et que Petit a proposé de désigner sous le nom de *paralysies faciales à bascule*.

Dans un article déjà ancien ⁽¹⁾ sur l'*Étiologie otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale à frigore*, j'avais fait remarquer que l'étiologie otique expliquait facilement les paralysies faciales récidivantes. Après avoir rappelé les opinions de Deleau et de Roche qui avaient exagéré le rôle de cette étiologie, après en avoir établi la réalité avec les observations de Wilde, Toynbee, Trölsch, Politzer, Urbantschitsch, Gellé, etc., et les miennes propres ⁽²⁾, je faisais remarquer la fréquence des poussées aiguës de pharyngite avec inflammation de la trompe et de la caisse chez les sujets prédisposés. Que chez ceux-ci le nerf soit insuffisamment protégé par un canal de Fallope perforé ou déchiré et chaque fois l'otite pourra déterminer de la paralysie faciale.

Les statistiques ne donnent pas de renseignements très précis sur ce point spécial, exception faite de celle qui a servi à Bernhardt et qui porte sur 60 cas personnels ou recueillis dans la littérature. Il ne trouve que 3 cas dans lesquels l'état pathologique de l'oreille aurait joué un rôle (Möbius, Bernhardt, Hatschek, Donath), ce qui ne donne qu'une proportion de 12 %.

Je suis persuadé que celle-ci est trop faible et tient à ce que dans un grand nombre de cas l'oreille n'a pas été examinée ou l'a été trop tard. Les auteurs qui écrivent chez nous sur l'étiologie de la paralysie faciale ne manquent pas de citer la possibilité de l'origine otique : ce devoir classique accompli, ils rapportent des séries d'observations dont aucune n'a d'examen de l'oreille. Si l'intensité des douleurs siègeant dans l'oreille force leur attention du côté de cet organe, ils se tirent d'affaire en disant qu'il n'y avait « ni écoulement du

(1) LANNOIS. — *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Clermont, 1894 et *Ann. des maladies de l'oreille*, nov. 1894.

(2) Sans parler de celles qui ont été publiées depuis.

conduit auditif, ni troubles de l'ouïe » (Petit, p. 97). Ce même auteur dit qu'on trouve au début, soit une maladie fébrile indéterminée, soit plus souvent une angine qui peut être sévère et obliger le malade à garder la chambre plusieurs jours, ou bien une angine légère, mais précise, ou encore une rougeur de la gorge. Dans tout cela il ne voit que le départ infectieux et ne songe pas à discuter la propagation à la caisse et au nerf, aujourd'hui admise par tous les otologistes (p. 67).

Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à publier les trois observations suivantes. Dans l'une qui concerne une malade dont j'ai déjà publié l'observation, la récurrence s'est faite sur la même oreille et avait nettement une origine otique. Les deux autres ont trait à des otites à bascule, mais celles-ci me paraissent avoir la même signification que les paralysies récidivantes unilatérales : elles s'expliquent par une même disposition anatomique rendant le nerf plus vulnérable de l'un et l'autre côté. Il est bon de faire remarquer que chez Dig., le premier diagnostic était resté hésitant parce que le malade avait été examiné loin du début, à une époque où l'inflammation de la caisse avait pu disparaître depuis longtemps, ne laissant derrière elle que sa conséquence, la paralysie faciale. Mais si celle-ci était d'origine douteuse lors de la première atteinte, la récurrence paraît bien être d'origine otique indiscutable. Enfin dans le troisième cas, la première atteinte n'a pas été vue, la seconde était d'origine otique et il semble bien s'être produit une légère rechute à propos d'une nouvelle poussée inflammatoire sur la caisse (1).

(1) Tandis que cette courte note était à l'impression j'ai eu l'occasion de revoir une ancienne malade qui portait encore les traces d'une récurrence de paralysie faciale gauche.

La nommée F. F., 38 ans, est adressée par le Dr Durand, en mai 1903, Il y a 15 ans, paralysie faciale gauche ; il y a un an nouvelle paralysie du même côté qui a laissée de la contracture et du spasme à gauche. Dès la première paralysie, bourdonnement à G., puis surdité progressive. Les tympanes sont clairs, laissent voir toute la caisse. L'Or. dr. est normale et l'Or. g. = 0. Le Weber est G, même sur l'apophyse mastoïde droite. Elle se présente à nouveau le 8 juin 1905, parce que l'oreille droite se perd à son tour, qu'elle a des bourdonnements et du vertige, etc. Les deux tympanes sont épaissis, avec brides, il persiste de l'hémimimie aux dépens du côté gauche, etc.

Voici les faits rapidement rapportés :

OBSERVATION I. — *Paralysie récidivante d'origine otique.*

L'observation de cette malade, Suzanne B., âgée de 42 ans, se trouve dans mon mémoire sur l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale dite a frigore qui fut présenté au congrès des aliénistes et neurologistes de Clermont en 1894, et publié dans les *Annales des maladies de l'oreille*. C'est l'observation xx de la thèse de Bonthoux (Lyon, 1894).

Je rappellerai brièvement qu'il s'agissait d'une femme sujette à des maux de gorge assez intenses avec surdité et bourdonnements alternativement à droite et à gauche. Au cours d'une de ces poussées qui durait depuis dix jours elle fut prise d'une paralysie faciale droite avec douleurs dans les deux oreilles, abaissement de l'ouïe et bruits subjectifs généralisés. On relevait des traces manifestes d'inflammation du côté de l'oreille, etc. Ce cas nous avait paru typique. La guérison avait d'ailleurs été rapide et complète.

Cette femme est venue se présenter à nouveau le 3 février 1903 avec une récédive de la paralysie faciale droite. Ses maux de gorge avaient été en diminuant et elle n'en avait pas eu plus de trois ou quatre sérieux en dix ans ; le dernier datait de quinze jours et avait été assez violent pour la tenir au lit pendant quatre jours. Au moment où elle se croyait en bonne voie de guérison, un peu de gêne qu'elle ressentait dans l'oreille s'était transformée en douleur véritable avec irradiation derrière l'oreille et dans le côté droit de la tête ; il s'était installé les bourdonnements, une surdité assez nette et finalement la paralysie faciale avait fait son apparition.

La paralysie est très nette et classique. Il y a une rougeur manifeste du côté de la caisse et de la membrane tympanique, de l'obstruction tubaire au cathétérisme, de l'abaissement de l'ouïe (5/80 pour la montre) avec Weber latéralisé à droite et Rinne. —

La malade fut traitée par des cathétérismes tous les cinq à six jours, de la révulsion sur l'apophyse, des instillations phénosalylées dans l'oreille et le 15 mars, elle était guérie depuis longtemps de sa poussée d'otite et presque complètement débarrassée de son hémiplégie faciale.

OBSERVATION II. — *Paralysie faciale à bascule, la première d'étiologie indécise (toxique ou otique ?), la seconde d'origine otique.*

Le nommé Valentin Deg., 51 ans, peintre-plâtrier, entre une première fois, le 20 mai 1902, pour une *paralysie faciale périphérique droite*.

Aucun antécédent héréditaire important. Il nie l'alcoolisme et la syphilis ; il a cinq enfants bien portants. Il y a vingt ans, il a eu de l'intoxication saturnine sous forme de coliques de plomb d'ailleurs légères.

Plus intéressants sont deux accidents du côté de la musculature oculaire. Il y a quatorze ans, il eut pendant deux mois de la diplopie avec douleur oculaire ; l'œil était dévié en dedans. Il y a quatre ans, il eut de la ptose à droite et si on lui relevait la paupière il voyait double : il guérit encore assez rapidement.

Il y a trois semaines, il fut pris de douleurs d'oreille avec bourdonnements incessants du côté droit. Trois jours après, les douleurs, jusque-là localisées dans l'oreille, s'irradièrent dans toute la moitié droite de la face ; elles étaient lancinantes et paroxystiques et empêchaient le sommeil. Enfin vingt-quatre heures plus tard, il ne pouvait plus fermer l'œil et avait une paralysie faciale complète.

Au moment où on l'examine les bourdonnements et les douleurs de l'oreille ont disparu depuis trois ou quatre jours : il n'y a eu aucune trace d'écoulement. La paralysie faciale droite est typique au point qu'on le photographie pour l'album du service : effacement des plis faciaux, déviation des traits à gauche, inoclusion de l'œil, impossibilité de souffler, de boire des liquides sans renverser la tête à gauche, etc. On note des troubles du goût, pas de paralysie du voile, pas de troubles vaso-moteurs. Les douleurs persistent dans la moitié droite de la face, la mastoïde est également douloureuse à la pression, mais sans apparence de mastoïdite. En dehors de l'orbiculaire, la musculature de l'œil est intacte. L'examen de l'oreille ne montre rien de précis : des deux côtés il y a de la sclérose avec brides postérieures et épaississement au niveau de l'umbo ; l'audition est abaissée à 5 centimètres pour la montre, le Weber est nul et le Rinne (examen par Chavanne) est négatif pour la série des diapasons. Il y a de la polyurie nocturne et un disque net d'albumine.

Malgré l'intensité des phénomènes otiques du début, le dia-

gnostic resta douteux pour nous : l'examen de l'oreille était négatif au moment, d'ailleurs éloigné du début, où il fut pratiqué, le malade avait eu des paralysies oculaires où le saturnisme pouvait avoir joué un rôle. Aussi l'origine otique de la paralysie faciale ne fut-elle inscrite dans le résumé de l'observation qu'avec un point d'interrogation.

Le 20 avril dernier, le malade revenait dans le service, cette fois avec une *paralysie faciale gauche* non moins typique que celle d'il y a trois ans, comme on peut le voir sur les photographies. Il y a huit jours, il a été pris assez brusquement de bourdonnements dans l'oreille gauche qui sont devenus de plus en plus intenses et se sont accompagnés de surdité. C'est seulement quatre jours après qu'il ressentit des lancées et des picotements dans la moitié gauche de la face et qu'il s'aperçut de la paralysie : bouche déviée, impossibilité de fermer l'œil, etc.

L'examen otoscopique fut pratiqué le lendemain par mon préparateur, le Dr C. Ferran, qui constata une rougeur diffuse très nette plus marquée au niveau de la logette et du manche du marteau, de sorte qu'il n'hésita pas à pratiquer la paracentèse, ce qui ne donna d'ailleurs issue qu'à un peu de sang.

Cette petite intervention eut pour résultat de faire disparaître les bourdonnements, mais huit jours après la surdité et la paralysie faciale n'avaient pas encore subi de changement. ⁽¹⁾

OBSERVATION III. — *Paralysie faciale à bascule, la seconde d'origine otique. Récidive à l'occasion d'une inflammation légère de la caisse.*

Le nommé Joseph Chev., 60 ans, est venu pour la première fois à la consultation des maladies de l'oreille à la Croix-Rousse en juillet 1896. Il y est envoyé par mon collègue et ami le Dr Pic, qu'il avait été consulter pour une paralysie faciale gauche et qui l'adresse en raison d'un abaissement très marqué de l'ouïe.

Il n'y a pas de nerveux dans sa famille : il nie lui-même tout antécédent nerveux, alcoolique ou syphilitique. Il n'a eu que deux enfants, une fille morte à 3 mois et un fils mort à 32 ans de paralysie générale d'origine syphilitique.

Il y a trois ans il a déjà eu une *paralysie faciale droite* ; dans

⁽¹⁾ La paralysie faciale est encore très marquée deux mois après le début.

un voyage en chemin de fer il s'était endormi près d'une portière ouverte et le lendemain il avait une paralysie faciale qui dura trois mois et fut soignée par l'électricité. Il est impossible de savoir s'il présenta des troubles du côté de l'oreille.

La *paralysie faciale gauche* actuelle date de huit jours ; le malade qui est frotteur de son métier, se refroidit dans une pièce ouverte et s'aperçut le soir même qu'il avait de la douleur et un léger bourdonnement dans l'oreille gauche, avec diminution de l'ouïe. Quelques heures plus tard, il avait la paralysie. L'observation malheureusement sans détails porte seulement qu'il a de l'otite moyenne catarrhale avec Weber latéralisé à gauche et abaissement marqué de l'ouïe, la montre n'étant perçue de ce côté qu'à 1 ou 2 centimètres, alors qu'elle l'est à 25 centimètres du côté droit. Le malade fut cathétérisé et, en même temps, électrisé par le Dr Destot. La guérison s'obtint assez lentement, mais toutefois six mois plus tard, il est consigné qu'il était complètement guéri.

Il revint à nouveau à la consultation le 5 septembre 1898. Il avait eu une nouvelle atteinte de surdité à gauche quinze jours auparavant ; le Dr Neyra ne l'ayant que partiellement soulagé par l'enlèvement d'un petit bouchon de cérumen, nous l'adressa à la consultation. On constata alors facilement les restes d'une poussée inflammatoire sur la caisse atteinte d'une ancienne otite moyenne sclérosante avec épaississement généralisé de la membrane tympanique. Il fut d'ailleurs assez rapidement soulagé par trois cathétérismes.

Cette légère inflammation s'accompagnait d'un retour de la paralysie ou pour mieux dire d'un peu de parésie faciale gauche, il accuse de la raideur dans toute la face à gauche, surtout au niveau des lèvres et se dit un peu gêné pour parler. Il a un peu de peine à fermer l'œil et il a de l'épiphora ; la langue se dévie un peu à droite et la commissure latérale s'ouvre moins à gauche. Bien qu'il y ait des rides sur le front elles sont moins marquées qu'à droite et la queue du sourcil était manifestement abaissée. En somme de l'hémimimie à l'état de repos et à l'état dynamique ; elle alla d'ailleurs en s'atténuant et était beaucoup moindre lorsqu'au bout d'un mois on cessa de voir le malade.

Les paralysies faciales d'origine otique sont trop connues des spécialistes pour qu'il me semble nécessaire d'insister davantage sur ces faits. Ils démontrent une fois de plus qu'il est né-

cessaire de faire l'examen de l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale périphérique, surtout s'il y a de la douleur d'oreille et même s'il n'y a pas de troubles marqués de l'audition, ceux-ci pouvant être très atténués dans beaucoup d'inflammations légères de la caisse. Et sans nier en quoi que ce soit la valeur des autres étiologies, c'est là un point sur lequel il importe de rappeler de temps à autre l'attention des neurologistes et des praticiens.

II

SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

LA MÉTHODE LA PLUS SIMPLE DE PANSER LES ÉVIDES (1)

Par **Georges MAHU**,

Ancien assistant-suppléant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux
de Paris.

Bien qu'il puisse paraître fastidieux de revenir sur un sujet aussi aride que celui des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoldien, je n'hésite pas à le faire encore parce que nous sommes loin, à mon avis, d'avoir résolu cette question importante dont l'intérêt se trouve non seulement dans son aridité même, mais aussi dans son incontestable utilité.

Depuis le mois de mai 1902 où j'ai publié mon travail (2) sur la technique — avec quelques variantes — et les résultats de l'ancienne méthode de Stacke, méthode longue et laborieuse, il est vrai, mais sûre dans son application comme dans ses résultats, d'autres procédés ont vu le jour. Tous ces procédés peuvent être groupés en deux types différents : les uns basés, comme la méthode précédente, sur le tamponnement de

(1) Communication à la Société française d'otologie, etc., (11 mai 1905).

(2) Georges MAHU. — *Des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoldien* (communication à la Société française d'otol. etc., mai 1902).

la cavité opératoire, les autres sur l'insufflation d'acide borique ou d'autres poudres, sans tamponnement de la cavité.

Incontestablement, c'est ce dernier procédé — dit procédé d'Eeman (de Gand) — qui, à l'heure présente, est accueilli avec la plus grande faveur et cela, parce qu'il présente plusieurs avantages dont le principal est la simplicité.

Ce procédé qui consiste, en effet, à insuffler aseptiquement par le conduit auditif une poudre dans l'intérieur de la cavité opératoire dont les lèvres postérieures ont été suturées immédiatement après l'opération, devait fatalement, à cause de sa simplicité enfantine, être préféré à d'autres demandant un assez long apprentissage.

Du coup, se trouvaient réalisés ces deux avantages précieux au médecin :

En clientèle, absence d'ennui pour le malade, en réduisant considérablement la mise en scène et la durée de chaque pansement ; à l'hôpital ou à la clinique, possibilité de confier les pansements aux élèves, sans exiger d'eux préalablement des études spéciales très étendues.

Ajoutons à cela que la durée totale de la période des pansements n'est pas supérieure à celle des autres méthodes, et nous aurons la justification de l'empressement avec lequel fut accueilli et appliqué le procédé d'Eeman.

Vous avez entendu, l'année dernière, notre collègue Ca-boche vous communiquer ici les résultats heureux obtenus dans le service oto-laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

Dans le service de Lermoyez, à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai vu moi-même appliquer ce procédé avec succès dans un assez grand nombre de cas.

Toutefois, en dehors d'autres considérations, je dois dire que, personnellement, un inconvénient grave me fit toujours différer son emploi dans ma clientèle privée : c'est la douleur, souvent intolérable, causée par l'application de l'acide borique pulvérisé sur les parties cruentées de la cavité, tout au moins dans les premiers temps.

Mais, désireux, moi aussi plus que tout autre, de simplifier, je me demandai s'il ne serait pas possible de supprimer la douleur en supprimant purement et simplement les insuffla-

tions de poudre, et en se comportant pour le reste comme dans le procédé d'Eeman, *c'est-à-dire en ne faisant plus rien du tout.*

Les résultats de cet essai furent excellents, et quatre malades opérés et pansés par moi cette année (trois à l'hôpital Saint-Antoine, un en ville) furent guéris, le premier en deux mois et demi, le second en deux mois et les deux autres en cinq semaines chacun.

Au cours de l'opération, je resèque entièrement la paroi postérieure du conduit, à la façon de Delsaux, en même temps que les parties charnues sous-jacentes, afin d'éviter le rétrécissement ultérieur du méat auditif.

A partir du premier pansement post-opératoire, fait comme de coutume, j'évite autant que possible de toucher aux parois cruentées de la cavité, me contentant de nettoyer le pavillon et de sécher, à l'aide d'un stylet porte-coton stérilisé, le plancher du conduit.

Toutefois il arrive, le plus souvent au début, qu'on soit obligé de rompre quelques brides qui tendent à se former entre les parois de la cavité ou de curetter quelques bourgeons gênants qui se développent sur le pourtour du méat auditif.

Un *bouchon* (et non pas une mèche) constitué par plusieurs petits carrés de gaze stérilisée, pliés en quatre et appelés *tentes*, est introduit en forçant entre les lèvres du méat, de façon à maintenir celles-ci écartées ; la portion de gaze inférieure seule avance plus que les autres d'un centimètre environ, formant une mèche courte appliquée sur le plancher du conduit, partie la plus déclive et la seule cutanée de la cavité : c'est en ce point que s'écoule tout naturellement la totalité des sécrétions de la plaie, et c'est là seulement qu'une mèche est utile pour les drainer.

Ce qu'il faut surtout éviter, c'est le contact prolongé d'une mèche quelconque avec les parties de la plaie en voie de cicatrisation.

Chaque pansement est fait d'une manière générale tous les deux jours, ou au besoin tous les jours si les sécrétions sont trop abondantes.

A la fin, lorsque l'épiderme a déjà envahi une assez grande surface, on peut, si l'on veut, faire des insufflations d'acide borique pulvérisé, *insufflations qui ne sont plus douloureuses à cette période*, et qui activent dans certains cas l'épidermisation.

Voici donc une méthode très simple — on ne peut plus simple même — de panser et de guérir les évidés et qui a l'avantage appréciable de n'être *nullement douloureuse à aucune période des pansements*.

Il semblerait donc naturel, *a priori*, qu'une semblable méthode dut être employée de préférence à toutes les autres.....

Malheureusement elle présente, de même que la méthode d'Eeman, l'inconvénient suivant, capital en certains cas : en l'absence de tamponnement de la cavité, les parois de celle-ci se resserrent de plus en plus et, peu à peu elles arrivent le plus souvent à se toucher, réduisant ainsi le volume de cette cavité presque à zéro.

Dans les cas traités par nous et choisis avec intention, où il s'agissait d'ostéite simple, le succès a été complet, et nous nous proposons d'une manière générale d'appliquer cette méthode dans les cas similaires.

Au contraire, s'il existe du cholestéatome, nous estimons qu'il serait de la plus grande imprudence de procéder ainsi, les récidives étant extrêmement fréquentes dans les cas de ce genre.

Quelques exemples relevés parmi nos observations personnelles pourront vous édifier et vous rendre juges de ce que j'avance :

Chez un jeune homme de 27 ans, opéré autrefois par Lermoyez et pansé par moi, nous vîmes apparaître un jour, trois ans après la guérison, au fond de la cavité opératoire, en un point correspondant à la partie postéro-inférieure de l'antré, une éminence blanche arrondie, semblable à une goutte de cire de la grosseur d'un petit pois et qui, par son aspect et sa consistance, eût pu être, à première vue, prise pour une de

ces exostoses qui poussent si fréquemment dans l'intérieur des cavités après la guérison.

Le tissu superficiel incisé, on mit à jour une masse cholestéatomateuse importante née en un point de l'os : c'était une récurrence.

Un curetage minutieux, suivi d'un traitement simple approprié, vint à bout de cet accident en quinze jours.

Chez deux hommes, âgés l'un de 68, l'autre de 59 ans, des récurrences apparurent au niveau du toit de la cavité, respectivement cinq ans et deux ans après la guérison ; chez un homme de 33 ans, guéri en cinq semaines il y a un an, une semblable récurrence est survenue, au mois de février dernier, à la partie supérieure du massif osseux du facial.

Il serait facile de multiplier ces exemples presque à l'infini car, je le répète, les récurrences ne sont pas rares dans l'espèce, et l'on n'est jamais sûr, même après le curetage le plus soigné et le plus profond, d'avoir détruit toutes les ramifications du cholestéatome.

Mais, dans tous les cas, sans exception, que nous avons eu l'occasion d'observer personnellement jusqu'à ce jour, nulle récurrence n'a eu de conséquence fâcheuse quel que soit le lieu d'implantation de la nouvelle tumeur parce que, dans tous les cas, un conduit large, s'ouvrant dans une vaste cavité, nous a permis à chaque fois de la reconnaître, de la détruire, et d'en empêcher le retour.

La situation eût été toute différente, si la cavité opératoire, étant d'une capacité très petite et presque réduite à zéro, cette tumeur s'était développée en un point dérobé à la vue.

Dans les cas signalés plus haut et pansés par les méthodes simples, il eût été impossible d'en soupçonner l'existence autrement que par des symptômes subjectifs qui auraient pu devenir graves rapidement, voire même mettre en danger les malades, et qui auraient obligé le chirurgien à recommencer l'opération.

Comme l'a dit Körner, on a le tort de confondre pour un même traitement trois affections très distinctes du rocher :

L'ostéite simple,

Le cholestéatome,

La tuberculose.

Si l'opération faite en vue de la cure radicale de ces affections est la même, il ne saurait en être ainsi des pansements.

Laissant ici de côté avec intention la tuberculose osseuse qu'il y a intérêt à respecter toutes les fois que c'est possible, c'est cette affirmation que j'ai voulu surtout soutenir dans l'exposé qui précède, et que je résumerai en ces quelques mots :

Dans les cas d'évidement pétro-mastoïdien pour ostéite simple plus ou moins étendue, on peut, sans inconvénient, avoir recours aux méthodes les plus simples — même à celle très simple que je viens de décrire — car il n'y a en général aucune insécurité à laisser se resserrer la cavité opératoire.

Dans les cas de cholestéatome au contraire, il est indispensable d'arriver, par n'importe quel moyen, à conserver le plus intégralement possible à la cavité la forme qui lui a été donnée au cours de l'opération.

III

LES ADÉNOPATHIES DANS LES AFFECTIONS DES FOSSÉS NASALES ET DU RHINO-PHARYNX

Par Georges GELLÉ⁽¹⁾.

Ce rapport comprend deux parties : la première est consacrée à l'étude de l'anatomie du réseau lymphatique, des troncs efférents et des ganglions régionaux d'après les travaux les plus récents ; la seconde partie, clinique, montre comment et quand ces ganglions réagissent en face des infections aiguës ou chroniques des fosses nasales ou du cavum.

I. — PARTIE ANATOMIQUE.

Jusqu'en ces dernières années, anatomistes et cliniciens ont vécu sur les idées de Sappey, dont le travail date de 1874. Depuis, grâce surtout aux travaux de Most parus en 1901 et aux recherches toutes récentes de Cunéo et André (1905) la question a été complètement reprise.

Le réseau lymphatique pituitaire forme toujours un *système parfaitement clos* ; les prétendues fentes jadis décrites qui venaient déboucher à la surface de la pituitaire par de petits canalicules ne seraient, en somme, obtenues que par des effractions dues à des excès de pression de la masse injectée.

Ce réseau est très superficiel et partout il est superposé au réseau vasculaire sanguin. Il est possible de distinguer dans

(1) Résumé du rapport présenté à la Société française de laryngologie (9 mai 1905).

la pituitaire deux territoires lymphatiques, territoires correspondant assez bien, l'un à la zone respiratoire, l'autre à la zone olfactive de la pituitaire. L'indépendance de ces deux territoires est très marquée.

Le réseau olfactif est absolument superposable à celui qu'on obtient en injectant les lymphatiques de la pituitaire par voie méningée.

Les réseaux des deux fosses nasales communiquent largement entre eux, en avant, vers le vestibule, en arrière, au niveau des choanes. En outre, ils communiquent avec le réseau cutané du nez et de la face ; cette solidarité a été bien établie par Most.

Les lymphatiques des fosses nasales ont deux voies efférentes : l'une *antérieure* peu importante, accessoire anatomiquement, mais la seule d'observation courante en clinique. Cette voie, qui leur est commune avec les lymphatiques du nez, conduit dans trois groupes de ganglions régionaux : le groupe parotidien, le groupe sous-maxillaire et le groupe sus-hyoïdien. Accessoirement, il mène dans les ganglions géniens, qui ne sont que des « nœuds interrupteurs » (Cunéo).

De là, le courant peut gagner les ganglions cervicaux profonds.

L'autre voie *postérieure* est la principale, anatomiquement. Les collecteurs postérieurs se divisent en trois pédicules : le supérieur qui va se terminer dans le *ganglion pharyngien rétro-latéral* et accessoirement dans le ganglion supérieur de la chaîne jugulaire interne ; accessoirement encore, il peut se jeter dans des nœuds interrupteurs situés au-dessous de la trompe d'Eustache. Le moyen se termine dans le gros *ganglion sous-digastrique de la chaîne cervicale profonde*. L'inférieur, enfin, va se terminer dans les *ganglions de la chaîne jugulaire interne*, au-dessous de la bifurcation de la carotide interne.

Quant au riche réseau du cavum, il se résume en deux ou trois troncs qui gagnent les *ganglions rétro-pharyngiens*.

Les *lymphatiques des sinus*, que Most n'avait pu injecter chez l'homme, l'ont été en partie par André. Ils semblent gagner les ganglions pharyngiens et carotidiens.

Cette partie du rapport se termine par un exposé des *communications des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau avec les lymphatiques de la pituitaire*.

La connaissance de ces communications permet d'expliquer en partie les graves accidents que plusieurs rhinologistes ont signalés après des cautérisations au galvano, portant sur le cornet moyen et au-dessus de la fente olfactive, ainsi que les attaques de méningisme des tout jeunes enfants au cours des infections nasales, et enfin la transmission plus facile, chez ceux-ci, du bacille de Koch aux méninges, ce qui expliquerait la fréquence si grande de la méningite tuberculeuse chez les nourrissons dont les parents ou les familiers sont atteints de tuberculose pulmonaire ouverte

II. — PARTIE CLINIQUE.

Une des premières difficultés à vaincre dans l'étude clinique des adénopathies d'origine nasale ou rhino-pharyngée réside dans le fait que les groupes ganglionnaires régionaux tributaires des divers segments des voies aériennes supérieures répondent à un territoire beaucoup plus étendu que celui des fosses nasales et du cavum. Par conséquent, ce territoire lymphatique comprend des organes très divers et susceptibles d'être isolément infectés (cuir chevelu, conjonctive, lèvres, dents, langue, gorge, etc.), et par suite susceptibles aussi d'intéresser les ganglions.

Il faut donc, en présence d'une adénopathie, se rappelant les notions anatomiques acquises, bien explorer tout le bassin lymphatique dont ce ganglion est tributaire, avant de pouvoir localiser la lésion causale et de pouvoir conclure à une relation de cause à effet entre une lésion nasale et une adénopathie sous-maxillaire, par exemple. C'est un premier point à bien établir, et qui ne nécessite, en somme, qu'un examen complet et attentif du malade.

Le problème peut devenir encore plus délicat, parfois même insoluble, si au cours de l'examen on constate deux lésions situées en des points distants d'une même région. Le plus souvent alors, on ne pourra conclure.

Il convient aussi de fouiller quelque peu le passé pathologique du patient, car l'on sait combien longtemps après une lésion, même légère, et depuis des mois disparue, peut subsister l'engorgement ganglionnaire que l'on pourrait alors à tort rapporter à l'affection actuelle.

Si on suppose l'adénopathie bien constatée et justement rapportée à une affection nasale, il convient encore d'en bien préciser les caractères cliniques, qui peuvent varier suivant la nature de l'agent infectieux. L'adénite aiguë de l'infection streptococcique a des caractères différents de l'adénopathie syphilitique, tuberculeuse ou néoplasique ; ce sont là notions de chirurgie générale courante.

L'intensité de la réaction ganglionnaire est loin d'être en rapport avec l'intensité de l'infection nasale. Une infection très intense peut ne pas retentir sur les ganglions ou à peine, tandis qu'une infection légère, qui peut passer même inaperçue tant les symptômes en seront atténués, peut retentir énormément sur les ganglions comme dans la fièvre ganglionnaire dont nous parlerons dans un instant.

Il semblerait qu'il y a parfois une sorte de balancement entre l'intensité de la réaction locale et l'importance du retentissement ganglionnaire.

L'âge du patient intervient aussi pour modifier la réaction ganglionnaire, et il est de notion courante que les ganglions d'un jeune enfant réagiront plus vite et d'une façon plus intense que ceux d'un vieillard.

1. — Des adénites dans les infections nasales aiguës.

Pour produire une adénite, il suffit de l'apport par voie lymphatique de germes infectieux qui, pénétrant à travers une éraillure de la muqueuse pituitaire ou pharyngée, cheminent jusqu'aux ganglions les plus proches et y cultivent.

La solution de continuité de la muqueuse peut être apparente et produite par un traumatisme accidentel ou chirurgical ou consister en une simple éraillure au cours d'une *dermatose vestibulaire*, par exemple. Elle peut aussi bien souvent n'être pas visible, palpable; c'est le cas le plus ordinaire au cours des rhinites infectieuses.

Ce qui fait l'intérêt de ces poussées ganglionnaires, c'est que, bien que ne présentant pas de pronostic sérieux par elles-mêmes, elles peuvent être le point de départ, chez des enfants prédisposés, d'adénite sous-maxillaire ou cervicale chronique.

Celles-ci, à leur tour, peuvent être l'origine d'une tuberculose ganglionnaire, surtout si l'enfant est soumis fréquemment à la contagion bacillaire.

Suit une revue des *adénopathies dans la rhinite érysipélateuse, la diphthérie nasale, la rhinite purulente de la scarlatine, etc.*

Au cours des infections nasales ou naso-pharyngées, même légères, il n'y a pas que les ganglions sous-maxillaires ou de la chaîne jugulaire qui puissent s'infecter et suppurer. Les ganglions situés sur le trajet du courant lymphatique postérieur, ganglions rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens, peuvent aussi s'enflammer et suppurer (*abcès rétro-pharyngien*).

Point n'est besoin d'une infection violente : un simple coryza grippal ou morbilleux, le coryza syphilitique du nouveau-né, suffisent à les infecter.

Avant l'abcès, il y a toujours une période d'adénite inflammatoire simple se traduisant cliniquement par de la douleur à la déglutition. Cette adénite peut entrer en résolution et disparaître. Ce serait même là un cas relativement fréquent.

Sous le nom de *fièvre ganglionnaire*, on décrit une affection assez fréquente au cours de la première enfance. Il s'agit d'une infection due vraisemblablement au streptocoque et dont la porte d'entrée se trouve au niveau de la muqueuse des fosses nasales, du cavum ou du pharynx. L'inflammation très légère, éminemment transitoire sur les muqueuses relentit très sérieusement sur les *ganglions angulo-maxillaires*. Il y a, en somme, disproportion évidente entre la lésion rhino-pharyn-

gienne et l'engorgement ganglionnaire, dont le rapporteur trace le tableau clinique.

Dans le chapitre suivant, l'auteur ébauche en quelque sorte l'étude clinique des *adénopathies dans les sinusites aiguës*.

II. — Des adénopathies dans les affections nasales chroniques.

1. ADÉNOPATHIES DANS LA TUBERCULOSE. — a) *Adénopathies dans la tuberculose nasale*. — La tuberculose nasale peut se développer soit chez des individus bien portants et qui ne présentent aucune autre localisation bacillaire, c'est la *forme primitive*, ou bien survenir chez des tuberculeux pulmonaires ou laryngés très avancés, c'est la *forme secondaire*.

On comprendra que, dans la forme secondaire, il soit difficile d'accorder la moindre importance aux adénopathies sous-maxillaires ou cervicales constatées, car elles peuvent reconnaître une toute autre origine que l'origine nasale.

Quant à la tuberculose nasale primitive, tuberculose exogène, tuberculose locale, elle est, somme toute, fort peu virulente. Ce qui explique que Cartaz et les auteurs qui, après lui, ont spécialement étudié la question, déclarent qu'il n'existe pas, en général, d'adénopathie appréciable. Pourtant, lorsqu'arrive la période d'ulcération, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent.

b) *Adénopathies dans la tuberculose naso-pharyngée*. — Le pharynx nasal est admirablement situé pour subir le contagement tuberculeux. Il peut s'infecter, lui aussi, secondairement à une tuberculose pulmonaire avancée. En général, la tuberculose affecte la forme ulcéreuse, et bien souvent les ganglions de la grande corne de l'os hyotde sont engorgés. Mais, ici, l'adénopathie perd naturellement de sa valeur, car elle a pu être occasionnée par des lésions étrangères au cavum.

Le contagement direct peut s'expliquer, comme l'a montré Brindel, par ce fait que le bacille de Koch, hôte habituel du mucus nasal et pharyngien, habite les cryptes de l'amygdale pharyngée, et l'enkystement et l'inflammation de ces cryptes ouvrent la porte à l'envahissement bacillaire.

Les adénopathies existent ici presque toujours dans la région cervicale ou sous-maxillaire, mais il est souvent difficile de faire la part exacte du rôle joué par la tuberculose dans l'engorgement ganglionnaire, car les ganglions ont pu s'hypertrophier par suite des poussées d'adénoïdite subies par le sujet.

L'adénoïdite aiguë crée l'adénopathie aiguë, à laquelle succède l'adénite chronique d'abord simple, mais qui peut secondairement devenir tuberculeuse.

Ceci amène à étudier le rôle possible du tissu lymphatique du pharynx nasal comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.

c) *Le tissu lymphoïde du cavum porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.* — Cette question a été peu étudiée si l'on ne considère exclusivement que le naso pharynx, car les expériences nombreuses et les travaux multiples sur cette question ont eu surtout en vue la pénétration du bacille au niveau des amygdales palatines et de la muqueuse du pharynx buccal.

On peut ici sans crainte raisonner par analogie et appliquer les notions acquises à l'amygdale pharyngée et au tissu lymphoïde du pharynx nasal.

La notion de l'inoculation primitive est relativement récente. Rappelons que W. Meyer, le premier, émit l'idée que l'hypertrophie amygdalienne était souvent liée à une tuberculose larvée de l'organe. Lermoyez, en 1894, en décrivant les végétations adénoïdes tuberculeuses, fit faire un grand pas à la question.

Enfin, le professeur Dieulafoy, en 1895, expose magistralement les différents stades de la tuberculose : première étape amygdalienne, seconde étape ganglionnaire, troisième étape pulmonaire.

Baup institue des expériences qui confirment pleinement les idées de Dieulafoy. Il attribue à la tuberculose larvée les poussées inflammatoires fréquentes chez les sujets à amygdales hypertrophiées, et décrit les diverses lésions produites par le bacille ou plus souvent par les toxines, démontrant ainsi la réalité de la première étape amygdalienne de Dieulafoy.

Quant à la seconde étape, *étape ganglionnaire*, elle tend

aussi à être prouvée par de nombreux travaux. Orth, en inoculant le bacille tuberculeux dans les amygdales de chien, voit se développer des lésions dans tous les ganglions du cou. D'autre part, les observations de tuberculose ganglionnaire consécutive à une lésion primitive de l'amygdale sont nombreuses (Friedmand). Cette inoculation primitive peut se faire soit par des aliments, soit par les poussières contenant des bacilles virulents.

On sait, enfin, que la tuberculose amygdalienne primitive est très fréquente relativement chez l'enfant, tandis que la secondaire est plus fréquente chez l'adulte.

Entrant par effraction de l'épithélium de la muqueuse et des cryptes, le bacille passe dans la circulation lymphatique et va aux ganglions du cou, de là aux poumons et dans tout l'organisme.

On peut même, si l'on songe aux notions anatomiques que nous avons rapportées plus haut au sujet des communications des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau avec les lymphatiques de la pituitaire, admettre la porte d'entrée nasale ou naso-pharyngée pour certains cas de méningite tuberculeuse. Au reste, Jacobson a pu rapporter quelques observations de méningite tuberculeuse s'accompagnant de lésions de même ordre du naso-pharynx.

Cela permettrait de comprendre l'éclosion subite de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson vivant sous le même toit que des individus atteints de tuberculose ouverte. Il y a là non pas hérédité tuberculeuse, comme l'on disait jadis, mais bien contagion familiale.

On doit rapprocher de ces faits l'opinion exprimée par Grunwald, pour qui il semble bien probable que la méningite tuberculeuse siège surtout à la base parce que les bacilles de Koch, qui séjournent surtout dans l'épipharynx et en particulier dans son tissu adénoïde, passent de là facilement dans les espaces lymphatiques sous-duraux.

2. ADÉNOPATHIES DANS LE LUPUS. — a) *Lupus primitif des fosses nasales*. — Il est admis par tous les dermatologistes que les adénites sont une des complications possibles du lupus vulgaire et que, dans quelques cas, elles s'enflamment et suppurent.

Pour Besnier, ces adénites seraient dues à la pénétration dans les voies lymphatiques du bacille de la tuberculose et à l'infection plus profonde de l'économie par ce bacille.

Il était probable *a priori* que cette complication se retrouverait dans le *lupus primitif* des fosses nasales.

Bien qu'on admette aujourd'hui l'identité histologique du *lupus* et de la tuberculose, cliniquement il y a une différence, et malheureusement il n'est pas toujours aisé de dire ce qui doit s'appeler *lupus des fosses nasales* ou *tuberculose*.

Aucun auteur ne signale l'adénopathie parmi les signes habituels. Pourtant, en relisant les observations du travail de E. Félix, on voit que souvent les ganglions sous-maxillaires sont pris et qu'ils peuvent atteindre le volume d'une noisette ou d'un œuf de pigeon. Une fois ce furent les ganglions mentonniers.

Cette localisation de l'adénopathie ne peut nous étonner, car le plus souvent, sinon toujours, c'est par le vestibule, les ailes du nez ou la partie antérieure de la cloison que débute le *lupus*; or, les ganglions sous-maxillaires et mentonniers sont les ganglions régionaux de cette partie des fosses nasales.

En outre, ces adénopathies sont souvent bilatérales, ce que l'anatomie pouvait encore faire prévoir.

b) *Lupus primitif du cavum*. — Quant au *lupus primitif du pharynx nasal*, c'est une exception. Seifert en rapporte un cas. On ne peut donc rien écrire de précis sur les ganglions infectés.

3. ADÉNOPATHIES DANS LA SYPHILIS. — Dans la syphilis nasale, les adénopathies sont de règle quand il s'agit de l'accident primitif, du chancre. Elles peuvent exister lors des accidents secondaires, mais d'une façon inconstante, et sont dues alors à des infections secondaires ou à l'infection générale.

Pour le chancre, ici comme pour d'autres régions, la constatation d'une adénopathie en rapport avec la lésion a un haut intérêt diagnostique. Le chancre est toujours escorté d'un ganglion satellite. Le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps, disait Ricord.

Comme le chancre nasal est presque toujours situé à la partie antérieure de la cloison, au niveau de la sous-cloison

ou sous la face interne de l'aile du nez, là où l'inoculation digitale porte le virus, ce sont presque toujours les ganglions sous-maxillaires qui sont envahis les premiers.

Les ganglions sont toujours gros, notablement hypertrophiés, quelquefois énormes, et les auteurs comparent leur volume à celui d'une noix ou d'un œuf de poule.

Ils sont très durs, roulant sous le doigt, lisses, d'une dureté pierreuse, non adhérents. Au début, ils peuvent être légèrement douloureux, mais cela n'existe pas toujours et est, en tout cas, très fugace. Le plus souvent ils sont indolores.

Chapuis et Le Bart recommandent, en outre, la recherche des adénopathies au niveau de l'axis, dans le cavum et dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, appliquant les données de l'anatomie à la pathologie.

Mais, comme Küttner et André l'ont montré, les lymphatiques pituitaires communiquent avec les lymphatiques cutanés, et dès lors on peut trouver les ganglions préauriculaires, parotidiens et même géniens envahis.

D'autre part, la constatation d'une adénopathie peut faire remonter à la lésion spécifique, au chancre.

Quant au chancre du cavum et du pourtour de l'orifice tubaire, c'est au niveau de la chaîne cervicale qu'il faudra rechercher l'adénopathie.

Des gommès du cavum peuvent, en s'infectant secondairement, amener un retentissement ganglionnaire dans la chaîne cervicale.

4. ADÉNOPATHIES DANS LES TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NAALES ET DU NASO-PHARYNX. — a) *Tumeurs malignes primitives des fosses nasales.* — Kümmel signale la rareté des adénopathies dans les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Il ajoute que peut-être l'unique cause de cette rareté c'est que la première étape du courant lymphatique à partir de la muqueuse du nez ne nous est pas connue ou bien n'est pas accessible à l'examen.

Gellé pense que les travaux des anatomistes modernes permettent aujourd'hui d'éliminer la première cause. Mais il ne peut que se rallier à la seconde proposition de Kümmel : cet examen n'est pas facile. Ces réserves faites, on peut dire que

dans les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, l'adénopathie secondaire est exceptionnelle, et cela quelle que soit la nature de la tumeur.

Qu'il s'agisse de sarcomes ou de tumeurs épithéliales, l'adénopathie secondaire est rare, surtout au début, à l'époque où elle pourrait présenter quelque intérêt diagnostique.

Lorsqu'elle existe, elle se produit dans la région sous-maxillaire, principalement au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les ganglions sont tantôt durs, mobiles, indolents, tantôt ils peuvent se ramollir, ils adhèrent à la peau qu'ils perforent, formant ainsi des ulcérations sanieuses.

Après ablation de la tumeur, la récurrence peut se faire dans les ganglions.

Robert Dreyfuss (de Strasbourg), qui, en 1892, a bien étudié les tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales, attire l'attention sur la *rareté de l'infiltration des glandes lymphatiques régionales*. On n'a constaté que deux fois une infiltration de cette espèce (Bouheben, Barzilay); dans ces cas, c'étaient les glandes sous-maxillaires qui avaient été affectées. Mais l'affection existait dans le cas de Bouheben depuis deux ans, dans le cas de Barzilay depuis neuf mois seulement.

L'on peut opposer à ces faits ceux où, malgré une plus longue durée, il n'y a pas eu infection des glandes.

En somme, il semble y avoir ici accord entre tous les auteurs pour signaler la rareté de l'adénopathie; elle ne saurait donc être d'un utile secours pour poser un diagnostic. G. Gellé a vainement tenté d'établir dans quels cas l'adénopathie apparaissait et s'il y avait des régions où l'implantation de la tumeur amenait plutôt qu'ailleurs la réaction ganglionnaire.

b) *Tumeurs malignes du naso-pharynx*. — En général, le malade vient se soumettre à l'examen le plus souvent parce qu'il éprouve depuis plus ou moins longtemps de la gêne dans la respiration nasale, surtout d'un côté (forme respiratoire) ou bien, et cela plus rarement, c'est en recherchant la cause d'une surdité unilatérale survenue sournoisement (forme auriculaire) que l'otologiste, pratiquant l'examen rhinoscopique postérieur ou le toucher rétro-pharyngien, découvre par hasard la tumeur.

Il est un troisième mode de début, plus rare il est vrai que les deux autres, mais qu'il nous faut bien connaître. Il s'agit des cas dans lesquels il n'y a pas ou presque pas de signes d'obstruction nasale, tellement peu dans tous les cas que le patient n'en a nul souci; il n'y a pas non plus d'obstruction tubaire, partant pas de surdité; le seul signe qui attire l'attention du malade est la présence d'une *adénopathie cervicale* (forme ganglionnaire) qui peut pendant longtemps, très longtemps, même pendant plusieurs mois, constituer toute la maladie.

Alors, le chirurgien, s'il n'a pas l'idée ou l'habitude de faire pratiquer ou de pratiquer lui-même l'examen du rhino-pharynx, croit n'avoir affaire qu'à une adénopathie cervicale banale, dont il méconnaît souvent la cause jusqu'au jour où, la tumeur s'accroissant, les symptômes de compression des organes voisins apparaissent et forcent au diagnostic; mais il est alors souvent trop tard pour tenter avec quelques chances de succès l'exérèse.

Dans toutes les observations ce sont les *ganglions cervicaux* qui sont pris les premiers.

Il est très difficile de voir si les ganglions latéro-pharyngiens sont envahis; car la masse ganglionnaire, soulevant la paroi pharyngée, peut être très facilement confondue avec un prolongement pharyngien de cette tumeur.

Pourtant, on doit, par le toucher rétro-pharyngien, rechercher sa présence.

Gellé pense avoir, au moins une fois, constaté l'envahissement de ce groupe ganglionnaire. Escat a vu une fois les *ganglions dits de Gillette* augmentés de volume.

L'époque d'apparition de l'adénopathie peut aider à poser le diagnostic différentiel entre le sarcome et l'épithéliome. Ici, comme ailleurs, l'adénopathie précoce est en faveur de l'épithéliome.

Dans la grande majorité des cas rapportés, ce sont les ganglions sterno-mastoïdiens qui sont ou qui paraissent pris les premiers.

Quant à l'adénopathie rétro-pharyngée, ou mieux latéro-pharyngée, elle paraît exceptionnelle, peut-être n'est-ce là qu'une apparence due à un examen insuffisant, car il est très rare de voir mentionner la recherche de cette adénopathie.

IV

NÉCROSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR PAR INTOXICATION PHOSPHORÉE. OPERATION. GUÉRISON (1)

Par **J. N. ROY** (Montréal)

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Avant de vous rapporter mon observation, Messieurs, permettez-moi de vous faire brièvement l'historique de la maladie qui fait le sujet de ma communication.

La nécrose des maxillaires par intoxication phosphorée fut observée la première fois en Allemagne, en 1839, c'est-à-dire cinq ans après l'apparition de l'industrie des allumettes chimiques dans ce pays. Le phosphore blanc était alors employé, et causait des ravages considérables non seulement sur les maxillaires, mais aussi sur tout l'organisme.

D'après Magitot, les vapeurs phosphorées pénètrent par les voix respiratoires dans le sang et les tissus, et provoquent un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique spéciale à laquelle sont voués, suivant lui, tous les ouvriers sans exception. De plus, le phosphore produit une désintégration des globules rouges du sang, et une dégénérescence graisseuse de la paroi artérielle ainsi que de certains organes.

Cette intoxication ne s'observe pas chez les ouvriers qui préparent le phosphore, mais seulement chez les fabricants d'allumettes; alors il est probable que les manipulations nécessaires à la fabrication des allumettes favorisent l'oxydation

(1) Communication à la Société française d'oto rhino laryngologie, Paris, mai, 1905.

du phosphore, et que c'est surtout l'acide phosphorique qui agit sur les tissus et spécialement sur les gencives.

Les ouvriers qui imprègnent les allumettes avec la pâte phosphorée, ceux qui travaillent au séchoir, et enfin ceux qui en font le triage, sont beaucoup plus exposés que les autres à cette intoxication.

La complication la plus grave de cette maladie est sans aucun doute la nécrose des mâchoires et le maxillaire inférieur est le plus fréquemment atteint. L'explication qui semble être la plus accréditée, est que les dents baignent continuellement dans la salive qui renferme le phosphore, et se gâtent plus souvent à ce maxillaire qu'au supérieur (Schlatter). Lorsque celui-ci est pris, la maladie présente une grande tendance à gagner de proche en proche les os de la face et du crâne.

Quant à son mode d'action, Strohl croit que les acides du phosphore dissous dans la salive imbibent les gencives et les enflamment; l'inflammation se propage à la membrane alvéolo-dentaire qui amène une périostite, la chute des dents, et la nécrose de l'os dénudé par la suppuration.

De son côté, Trélat cherche à expliquer l'action élective du phosphore sur les gencives, et il l'attribue à la constitution anatomique du tissu gingival. En effet, les gencives sont exposées sans défense à l'influence fâcheuse du phosphore qui s'élimine par la salive; car elles sont dépourvues de cet appareil glandulaire qui lubrifie les autres muqueuses, et aussi de cette mue épithéliale incessante qui constitue un élément de protection efficace.

Magitot croit que les dents cariées servent seulement de porte d'entrée au phosphore; cependant certains auteurs affirment que la nécrose peut survenir d'emblée chez des sujets dont les dents sont saines.

Au début, les malades accusent des douleurs de dents qui ne sont pas soulagées par l'extraction. Les maxillaires se gonflent considérablement, l'haleine est fétide, la salivation abondante, la fièvre s'allume, des abcès multiples se forment et s'ouvrent par plusieurs trajets fistuleux, les dents s'ébranlent et tombent. Il se fait aussi une formation d'ostéophytes qui recouvrent et engainent l'os malade; ces ostéophytes se né-

croissent eux-mêmes et sont recouverts à leur tour par une nouvelle production osseuse (Tillaux).

La suppuration abondante de cette partie amène chez le malade un état de marasme, et si la nécrose envahit les os du crâne, il peut mourir de méningo-encéphalite, d'érysipèle ou d'hémorrhagie. N'oublions pas non plus que la phthisie et la cachexie sont aussi des terminaisons assez fréquentes de cette intoxication.

Les statistiques de Trélat nous donnent une mortalité sur deux malades lorsque les deux maxillaires sont nécrosés, une mortalité sur trois lorsque le maxillaire supérieur est seul envahi, et une sur quatre pour l'inférieur. Il ajoute que la nécrose non phosphorée compromet rarement la vie.

En présence de cette maladie si grave, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le moment opportun d'intervenir. Trélat recommande de s'abstenir de toute opération tant que le séquestre n'est pas mobile. Billroth et la plupart des chirurgiens allemands veulent une intervention chirurgicale, c'est-à-dire la résection des parties envahies dès que la nécrose existe. Leur but est d'enlever aux malades les sérieux dangers d'une longue suppuration, et les conséquences inévitables qui en découlent.

Heureusement cette intoxication chronique est destinée, je crois, à disparaître du cadre médical ; car, de nos jours, le phosphore blanc est beaucoup moins employé.

Dans plusieurs parties de l'Europe, et certains endroits en Amérique, les allumettes se préparent avec une pâte dans laquelle le phosphore entre sous forme de sesquisulfure de phosphore qui n'est pas toxique. Ces manufactures ont aussi des règlements très sévères se rapportant à l'hygiène des ouvriers. Le système de ventilation est parfait, et ceux-ci ne respirent plus de vapeurs irritantes.

La fabrique d'allumettes de Hull, la plus considérable au Canada, oblige même ses employés à produire de temps à autre un certificat de dentiste, attestant que leurs dents sont saines, et à la suite d'une extraction, on ne leur permet pas de reprendre leur travail avant que leur gencive soit bien guérie. De plus, il est strictement défendu de manger en tra-

vaillant, et aux heures des repas, ce n'est qu'après un lavage minutieux de leurs mains que ces ouvriers peuvent toucher à leur nourriture.

OBSERVATION. — M^{me} F..., âgée de 36 ans, vient nous consulter, le 15 août 1904, au sujet d'une suppuration très abondante de son maxillaire supérieur.

Elle est mariée depuis deux ans, mais n'a jamais eu d'enfant.

Antécédents personnels. — Elle déclare avoir toujours joui d'une santé délicate, surtout depuis ces douze dernières années où elle travailla dans une manufacture d'allumettes.

Dans son enfance elle a eu la rougeole, la coqueluche et la variole.

Elle accuse plusieurs bronchites pendant son emploi à la manufacture.

Durant les six premières années, son travail ne l'obligea pas à respirer beaucoup de vapeurs phosphorées ; cependant elle remarquait une lassitude, une tendance à tousser et de la céphalalgie, lorsqu'elle était forcée de manipuler le phosphore pendant quelque temps.

Ces symptômes augmentèrent les années suivantes ; car, pendant six ans, elle dut faire le triage des allumettes et travailler au séchoir.

Au bout de douze ans, elle fut obligée d'abandonner son ouvrage, surtout pour cause d'anémie.

Antécédents héréditaires. — Son père se porte assez bien, mais sa mère est morte de tuberculose. Un frère et une sœur sont également morts de tuberculose pulmonaire. Le reste de sa famille est en parfaite santé.

Affection buccale. — A l'examen de la bouche, nous trouvons la moitié droite du voile du palais légèrement abaissée. Nous constatons une nécrose du maxillaire supérieur de tout le bord alvéolaire du côté droit, ainsi qu'une partie du côté gauche. Le stylet vous révèle la présence de séquestres mobiles.

La respiration d'abord alliée est maintenant infecte, et de nombreux trajets fistuleux amènent le pus dans la bouche.

A la palpation au niveau de la région nécrosée, il n'y a aucune adhérence avec les parties sous-jacentes.

La malade est très anémiée et sa peau a une teinte sub-ictérique.

Elle nous raconte qu'il y a neuf mois, c'est-à-dire un an après

avoir laissé la manufacture, elle ressentit de vives douleurs de dents, et se fit extraire, du côté droit, les deux petites et la première grosse molaire, qui étaient cariées depuis très longtemps, au quatrième degré. Les douleurs continuèrent, et elle remarqua, du même côté, un gonflement de ses gencives. Les dents voisines s'ébranlèrent, et en mars 1904, du pus sortit des alvéoles des petites molaires. L'inflammation se propagea aux parties environnantes, et elle se fit extraire toutes les dents du maxillaire supérieur, à l'exception des trois dernières à gauche.

Elle avoue n'avoir jamais eu soin de ses dents.

La maladie augmentant toujours, elle alla consulter un chirurgien qui lui fit un curetage de la mâchoire.

Lorsque nous voyons notre malade, nous constatons en plus une ouverture d'un centimètre et demi de diamètre, de la paroi antérieure de son sinus droit.

Le pus sort aussi par cet orifice.

A l'examen du nez, nous trouvons une légère déviation de la cloison à gauche.

La rhinoscopie postérieure nous montre des queues de cornets des deux côtés.

Pharyngite sèche.

Larynx normal.

Rien d'intéressant du côté du maxillaire inférieur qui ne l'a jamais fait souffrir; on y voit cependant quelques dents cariées au troisième et quatrième degré.

Examen physique. — Etat absolument normal de tous les autres organes, à l'exception du foie qui est légèrement hypertrophié.

Vu l'histoire de tuberculose de la famille de notre malade, nous faisons faire, en différents temps, deux analyses du pus de la mâchoire. Celui-ci renferme des streptocoques, des staphylocoques, des diplocoques, des pneumocoques, et des microbes divers non classés, mais il n'y a pas de Koch.

Les urines sont normales.

En présence de cette suppuration du maxillaire, le diagnostic de nécrose par intoxication phosphorée s'imposait.

Chez notre patiente, il n'y avait pas d'histoire de syphilis.

Si nous avions été en présence d'une ostéite tuberculeuse, le peau aurait été probablement prise, et à l'examen microscopique, nous aurions trouvé dans le pus des bacilles de Koch.

Cependant, l'absence de bacilles ne constitue pas toujours une preuve négative certaine; mais la tuberculose se localise très rarement au maxillaire supérieur.

Quant à l'espace de temps qui s'est écoulé entre le début de la maladie et sa sortie de la manufacture, certains auteurs ont rapporté des observations où la nécrose par le phosphore, chez des ouvriers, avait envahi les maxillaires même cinq ans après qu'ils eurent laissé l'atelier.

Afin de mettre notre malade dans les meilleures conditions voulues pour subir l'opération qu'elle nous demandait, nous lui conseillons de prendre un litre de lait par vingt-quatre heures, pour favoriser l'élimination du phosphore.

Comme antidote, nous lui prescrivons des capsules d'essence de térébenthine à la dose de 2 grammes par jour.

Nous lui donnons également cinq gouttes de liqueur arsénicale Fowler après ses repas, ainsi qu'une solution antiseptique pour se laver la bouche.

Notre patiente suivit ce traitement pendant cinq semaines ; la suppuration continuait toujours, mais l'état général était meilleur.

Nous décidons alors de faire l'opération qui fut pratiquée le 22 septembre.

Opération. — Après anesthésie au chloroforme, nous faisons une incision du maxillaire supérieur sur tout le bord alvéolaire du côté droit, se prolongeant à un centimètre du côté gauche. Nous ruginons un peu, et nous enlevons les séquestres mobiles. Le stylet nous renseignant sur la profondeur des fistules, nous faisons disparaître avec la pince gouge de Lombard toute la partie nécrosée.

Au point de vue esthétique, nous nous appliquons à enlever tout l'os malade, sans cependant trop empiéter sur la partie saine ; car Broca affirme que la régénération osseuse est toujours fort incomplète à la suite de cette opération, et qu'elle manque presque complètement au maxillaire supérieur.

Nous sommes assez heureux de ne pas ouvrir le sinus maxillaire gauche ; quant au droit, il nous est impossible de faire disparaître l'ouverture causée par la première intervention, vu le manque de tissu environnant.

Nous badigeonnons le tout à la teinture d'iode, et nous faisons quelques points de suture.

Toutes les deux heures, lavage de la bouche avec une solution résorcinée.

Les suites post-opératoires sont très heureuses ; cependant il y a à certains endroits un peu de suppuration, mais le bourgeonnement se fait bien, activé par des applications locales de teinture d'iode.

Quinze jours après l'intervention, la malade peut retourner chez elle parfaitement rétablie, et la guérison se maintient toujours depuis ce temps.

Conclusions. — Nous avons cru intéressant de publier cette observation au point de vue de la rareté du cas, et de la gravité de la maladie; car, comme nous le disions tout à l'heure, les statistiques de Trélat nous donnent une mortalité sur trois lorsque le maxillaire supérieur se nécrose.

En second lieu, nous pensons que le traitement général que nous avons fait suivre à notre malade, pendant cinq semaines, a contribué beaucoup au succès de l'opération, et surtout par l'emploi de l'arsenic dont nous ne trouvons pas de mention spéciale dans les cas identiques.

Comme il nous a été impossible par aucun procédé auto-plastique de combler la perte de substance de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit, résultat de la première opération, nous avons adressé notre malade à un dentiste. Notre ami, le Dr Dubeau, a bien voulu se charger de ce travail délicat, et lui a fait une pièce de prothèse qui ferme cet orifice, et qui, en complétant le maxillaire supérieur, donne à la face une apparence normale. Cet appareil est en caoutchouc noir; et ce dernier a pour propriété de ne pas produire d'action irritante sur la muqueuse buccale, comme le rouge, qui contient de l'oxyde de mercure dans la matière colorante. Il se compose de dix dents reliées à celles qui restent par deux crochets en or; car la protubérance osseuse du palais rendait l'ajustement très difficile. Nous devons ajouter que le son de la voix, sans être parfait, s'est considérablement amélioré.

**MICROTIE CONGÉNITALE DU PAVILLON
DE L'OREILLE DROITE AVEC IMPERFORATION DU
CONDUIT AUDITIF
HÉMIPLÉGIE DU VOILE DU PALAIS DU MÊME CÔTÉ
ET ATROPHIE DU PAVILLON TUBAIRE**

Par P. CORNET

Médecin aide-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire de
Constantine.

X... sujet arabe, âgé d'environ 25 ans, nous est adressé le 4 février 1905 par Pelletier, médecin-major de première classe au troisième régiment de tirailleurs algériens, où cet homme désire contracter un engagement. Il présente une atrophie congénitale du pavillon de l'oreille à droite, atrophie absolument classique, comme on peut s'en rendre compte sur la photographie ; le pavillon est en effet représenté par un pli cutané longitudinal, de forme vaguement sigmoïde, contenant un squelette cartilagineux dans sa moitié supérieure seulement, et inséré un peu plus haut qu'un pavillon normal. Non loin de son extrémité supérieure, se trouve une petite dépression transversale qui représente le vestige du méat auditif. Cet appendice, avec son noyau cartilagineux peut être facilement déplacé sur les plans profonds que l'on explore aisément. Nulle part, on ne sent d'orifice ou de surface déprimée indiquant l'existence d'un conduit auditif osseux : en somme il s'agit là d'une atrophie de l'oreille externe, poussée à ses dernières limites (1) ; il n'existe même pas ici de pertuis conduisant dans un canalicule rétréci à fond borgne, comme on l'observe parfois et qui représente le conduit ; l'os tympanal, qui, d'après les dissections de plusieurs auteurs, serait toujours altéré chez les individus porteurs de microtie congénitale du pavillon, forme vraisemblable-

(1) L'absence complète du pavillon est très rare.

ment chez notre Arabe une masse osseuse compacte, du moins dans sa partie externe.

L'examen fonctionnel de l'oreille permet de penser que le labyrinthe est normal. Aucun son n'est perçu, c'est vrai, par voie aérienne. Mais par voie osseuse, la montre et les diapasons sont entendus :

Le Weber (diap. 128 v. d.) est latéralisé à gauche ; mais il faut tenir compte qu'à gauche l'oreille moyenne est le siège d'otite sèche.

Le Rinne est négatif pour tous les sons.

Les diapasons jusqu'à sol² sont perçus pendant une durée légèrement inférieure à la durée normale approximative de perception de ces mêmes diapasons. A partir de sol² la durée de la perception paraît normale. Pas de lacunes dans l'échelle tonale.

D'autre part, on ne constate aucun signe d'insuffisance labyrinthique unilatérale au point de vue du sens ampullaire : pas de Romberg compensé, épreuves de Von Stein négatives, il existe du vertige rotatoire, et un nystagmus normal pendant la rotation. En un mot tout fait supposer que le labyrinthe est indemne.

Jusqu'à présent, tout est classique dans cette observation, et si Lannois et Le Marc'hadour, si Souques et Heller ⁽¹⁾ ont prouvé qu'aux malformations congénitales de l'oreille externe correspondent parfois des malformations plus profondes atteignant le rocher et par suite l'oreille interne, une malformation congénitale de l'oreille externe ne s'accompagne cependant pas forcément de vices de développement du labyrinthe. Le développement de l'oreille interne en effet est absolument indépendant de celui des oreilles moyenne et externe : le labyrinthe se forme aux dépens d'une invagination de l'ectoderme appelée fossette auditive qui se met ultérieurement en rapport avec le ganglion auditif. Au contraire, les oreilles moyenne et externe sont constituées pour les uns par la première fente branchiale, tandis que pour les autres la cavité tympanique doit être plutôt considérée comme une expansion des voies aériennes supérieures, les osselets dérivant toujours des arcs mandibulaire et hyoïdien et le pavillon des bourgeons

(1) *Société médicale des hôp. de Paris*, 30 janvier 1903.

issus de ces mêmes arcs. Rien d'étonnant donc qu'une oreille externe anormale puisse coexister avec un labyrinthe normal.

Les auteurs classiques comme Politzer signalent des cas de microtie du pavillon où la motilité du voile du palais était plus faible du côté intéressé que du côté sain. Or, en examinant le pharynx de notre individu, nous constatons qu'il existe une hémiplegie absolue du voile à droite. A l'état de repos le voile est manifestement plus flasque à droite qu'à gauche, et pendant l'émission de la voyelle A la partie droite du voile reste immobile, tandis que la partie gauche se porte en arrière, s'élève, et la luette vient au contact du pilier postérieur gauche. Il persiste donc toujours à droite un certain espace entre le bord libre du voile et la paroi pharyngée postérieure. Ce seul examen révèle donc une paralysie du tenseur et du releveur du voile. Il n'existe d'ailleurs ni paralysie faciale, ni paralysie de la langue (syndrome de Jackson), ni paralysie laryngée (syndrome d'Avellis). Les lésions, encore une fois semblent particulièrement localisées aux muscles péristaphylins.

La rhinoscopie postérieure, en effet, facile à faire chez cet Arabe qui se prête à l'exploration avec une docilité très rare chez ses congénères montre à gauche un pavillon tubaire normal. A droite, au contraire, le pavillon est comme effacé ; le bourrelet fait à peine saillie, si bien qu'il n'existe pour ainsi dire pas de fossette de Rosenmüller. Le pli salpingo palatin, le bourrelet du releveur sont estompés ; l'orifice tubaire en un mot ne fait pas saillie sur la paroi latérale du cavum. L'orifice lui-même apparaît avec une forme triangulaire très nette. Il est béant, même à l'état de repos. Manifestement le cartilage est atrophié, et la paroi inférieure de la trompe n'est pas soulevée comme à l'état normal par le corps musculaire de certaines fibres du releveur du voile, fibres auxquelles certains auteurs comme Bonnier, attribuent un rôle dans l'occlusion de la trompe. Dans cette trompe, une grosse bougie pénètre librement, sans aucun frottement : si loin qu'on l'enfonce, on ne trouve aucune résistance. Cette atrophie des muscles péristaphylins, et de la lame cartilagineuse de la trompe constituent des anomalies rares ; et c'est la coexistence de ces lésions avec

la microtie du pavillon qui font l'intérêt de l'histoire de notre malade.

Pour nous, cette hémiplegie du voile n'est que le symptôme d'un processus atrophique congénital des muscles tenseur et releveur ; l'état si spécial de la trompe d'Eustache ne pouvant être expliqué que par un trouble de développement. Les troubles de développement affectent volontiers les diverses parties d'un même métamère, et c'est ainsi que la microtie du pavillon de l'oreille s'accompagne souvent d'asymétrie faciale. On conçoit donc qu'une malformation de l'oreille externe et sans doute aussi de la caisse puisse s'accompagner d'un vice de conformation de la trompe et de sa musculature. Nous ne croyons pas que chez notre sujet, on put invoquer, pour expliquer l'hémiplegie du voile une lésion nerveuse. Evidemment, si l'on admettait encore les idées de Longet, si l'on pensait que le voile est innervé par le nerf facial, on aurait été tenté de croire à un vice de développement du rocher dans la région du ganglion géniculé et des nerfs pétreux profonds, puisque les muscles de la face étaient indemnes. Encore une localisation aussi étroite eut-elle été bien extraordinaire ! Mais depuis que l'on sait que l'innervation du voile est tout autre ⁽¹⁾ que le tenseur est innervé par le trijumeau, et les autres muscles par le vago-spinal, cette hypothèse ne pouvait venir à l'esprit ? D'autre part, l'hémiplegie vélo-palatine est rarement isolée, mais s'observe en même temps que la paralysie des autres muscles innervés par le vago-spinal notamment des muscles du larynx, ce qui constitue le syndrome d'Avellis. Tel n'était pas le cas ici.

Quant à l'intervention opératoire, le malade n'en eût tiré aucun bénéfice : sauf des cas exceptionnels, ceux de Batta et de Mazzoni entre autres, la tunnellation d'un conduit auditif n'a donné en pareilles circonstances aucun résultat : « La majeure partie des otologistes et des chirurgiens, dit Gradenigo ⁽²⁾,

⁽¹⁾ Voir LERMOYER. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1898, tome I, p. 564.

⁽²⁾ *Pathologie et thérapeutique de l'oreille et des voies adriennes supérieures*, 1903, p. 892.

partagent l'opinion de Toynbee, à savoir que dans les cas d'atrésie du conduit auditif externe, il est absolument inutile de chercher à créer un conduit artificiel. Cette opinion se trouve justifiée par le résultat des dissections anatomiques, qui ont démontré, en pareil cas, l'absence du conduit osseux et de la membrane tympanique. Bien des opérations entreprises dans ces conditions sont pour cette raison demeurées infructueuses... Aussi, tant que la possibilité d'un bon résultat opératoire ne sera pas confirmée, tout ce que l'on peut faire, c'est de se contenter d'améliorer la forme du pavillon rudimentaire par des procédés de plastique convenables. »

NOTES DE TECHNIQUE

LAMPE STERILISABLE POUR LA DIAPHANOSCOPIE

Par **E. LOMBARD**

La diaphanoscopie ou éclairage par transparence appliqué au diagnostic des affections du sinus maxillaire nécessite l'introduction dans la cavité buccale d'une petite lampe électrique dont la puissance lumineuse doit être assez considérable cependant pour donner des indications même dans le cas d'épaisseur anormale du squelette facial. Cet appareil intra-buccal doit aussi pouvoir être désinfecté d'une façon suffisante après chaque examen. De toutes les lampes à diaphanoscopie en usage une seule paraît remplir ces conditions, celle de Jansen incluse dans un tube de verre qui isole complètement l'appareil éclairant des parois de la cavité.

Ce tube est cylindrique, ce qui gêne considérablement l'occlusion complète des lèvres. Les rayons lumineux issus de la lampe filtrent le long de ses parois, et empêchent de distinguer de petites nuances dans l'éclairement du croissant sous-palébral.

L'appareil que nous utilisons se compose :

1° D'une enveloppe, protectrice de l'appareil d'éclairage. Cette enveloppe sera seule en contact avec les parois de la cavité buccale ou la langue. Elle se compose :

1° D'un tube de verre plat fermé à une extrémité, l'autre restant libre pour permettre d'introduire la lampe.

2° D'une chemise protectrice en métal mince dans laquelle le tube de verre entre à frottement. Elle ne laisse libre que le

1/5 environ du tube de verre, partie correspondant à la lampe. Toute diffusion des rayons lumineux le long des parois du tube de verre se trouve ainsi évitée ; les lèvres pouvant s'appliquer hermétiquement sur la chemise métallique.

3° Cet ensemble, tube de verre et chemise métallique reçoit à son intérieur l'appareil d'éclairage. Il est fixé sur une sorte de tube plat qui vient s'adapter sur la chemise métallique, de sorte que tube de verre, enveloppe métallique et appareil d'éclairage muni de sa monture, s'ajustent l'un sur l'autre comme les cylindres d'une lunette d'optique.



Fig. 1.

La stérilisation s'obtient facilement : seuls le tube et son enveloppe métallique sont en contact avec la bouche ou les lèvres du malade. Ils se séparent sans la moindre difficulté de l'appareil d'éclairage et peuvent être désinfectés par un des procédés habituels (coction, etc...)

La lampe est naturellement de forme aplatie. Elle n'est pas fixée par soudure, mais les platines de connection sont simplement serrées entre des écrous ce qui permet le remplacement facile. C'est une lampe à filament métallique formée d'un mélange de zirconium et de rhodium dont l'incandescence donne une très grande intensité lumineuse, avec un échauffement très faible ⁽¹⁾. Enfin, tout l'ensemble se monte très simplement sur un manche porte-cautère ordinaire.

(1) Lampe M. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE (1)

SESSION DE 1905

MOLINIÉ (de Marseille), *président*.*Première séance le 8 mai.*

Membres étrangers assistant à la séance : DELSAUX, DE PONTIÈRE,
BÉCO, HENNEBERT, BROCKAERT, TRÉTROP, S^t-CLAIR THOMPSON, DUNDAS
GRAUT, MERMOD.

Discours de MOLINIÉ, *président*.

Mes Chers Collègues,

Vous m'avez confié un poste qu'ont occupé les maîtres les plus éminents de l'Oto-laryngologie française. Loin de moi la pensée de les égaler en leur succédant ; je sais de quel poids votre bienveillance a pesé dans la balance des mérites pour faire pencher le plateau en ma faveur. Ma gratitude n'en est pas moindre, car je m'enorgueillis autant de votre sympathie que de votre estime.

Mes fonctions me donnent l'agréable privilège de saluer les confrères étrangers qui veulent bien nous porter le fruit de leurs études et de leurs méditations. Je leur renouvelle l'expression du plaisir que nous éprouvons à les retrouver parmi nous, beaucoup d'entre vous reconnaîtront des noms de savants et aussi des noms d'amis.

Depuis bien des années, il est de tradition de célébrer les pro-

(1) Compte-rendu par H. Bourgeois.

grès incessants de notre spécialité. Presque banale, à force d'être renouvelée, cette constatation est plus que jamais d'actualité ; aussi ne puis-je me soustraire à la douce obligation d'y souscrire encore. D'ailleurs, il est agréable de jeter un coup d'œil en arrière et de mesurer le chemin parcouru.

Hier encore, pauvre Cassandre inécoutée, l'Oto-laryngologie ne récoltait comme prix de ses avis prophétiques que sourires incrédules et railleries. Ses prédictions, cruellement réalisées ont, mieux que des discours, donné de rudes mais profitables leçons. Quelques Universités s'obstinent bien à considérer notre spécialité comme d'essence inférieure, la relèguent à l'arrière-ban de l'enseignement ; de nombreuses commissions hospitalières croiraient déroger en gratifiant leurs malades des secours de notre art ; mais en dehors de quelques éléments tardigrades, l'Oto-laryngologie a dû s'imposer partout ; ses arrêts sont incontestés, et je crois même qu'elle est en train de conquérir le monde.

Je n'en veux pour preuve que les deux grands événements qui se sont déroulés depuis notre dernière assemblée.

C'est d'abord le Congrès International d'Otologie qui a réuni les savants les plus illustres de tous les pays, traité avec autorité les questions les plus hautes, abordé avec fruit les problèmes les plus ardu. Si j'applaudis à ce succès, c'est qu'il marque une étape importante dans la marche de notre spécialité ; c'est aussi parce qu'il a été organisé par les membres de notre Société. Nous applaudissons de tout cœur à la distinction dont a été l'objet, celui qui fut le fondateur, le guide le plus sûr, le défenseur le plus vaillant de notre Société, et il nous semble qu'elle bénéficie de la considération dont il jouit. La laryngologie a aussi eu ses grandes assises internationales, à l'occasion du Centenaire de son Créateur. Vos délégués ont rendu un juste hommage au génie et je vous propose de donner encore un témoignage de votre filiale gratitude, en nommant Garcia membre d'honneur de la Société Française de laryngologie.

Il est impossible de méconnaître le rôle prépondérant, la part prise par notre Société dans cette merveilleuse évolution de l'Oto-laryngologie. C'est à cette tribune qu'ont été exposés le traitement des sinusites, des tumeurs malignes du nez et du larynx. C'est ici que sont discutés avec ardeur les moyens destinés à combattre les complications de l'otite suppurée, des abcès cérébraux, thrombo-phlébites, méningite otogène, tribut funèbre dont vous saurez affranchir l'humanité.

C'est assez dire quel honneur revient aux aînés qui, à la fois

praticiens, novateurs et éducateurs, ont su répandre des bienfaits et des conseils. Le fruit de leurs travaux n'est pas perdu, si j'en juge par le nombre de leurs adeptes.

Nous sommes aujourd'hui 300 membres, groupés autour du même objet, animés du même désir de progrès. Soucieux de notre hygiène et de notre prestige, notre vaillant Secrétaire général a pensé que le berceau qui avait protégé l'enfance de notre Société devait céder place à une demeure plus majestueuse et plus en harmonie avec ses mérites et ses charmes.

Dans des conditions si favorables, nous sommes fondés à escompter un brillant avenir. Si, comme j'en ai la conviction, la valeur égale le nombre des communications, cette session comptera parmi celles qui conduisent notre Société vers des destinées toujours plus glorieuses.

COMMUNICATIONS DIVERSES

A RAOULT et P. PILLEMENT (de Nancy). — **Phlébite du sinus carverneux.** — L'affection a débuté par une otite moyenne du côté droit, origine grippale, avec phénomènes de rétention du pus, qui cédèrent momentanément à la paracentèse de la membrane tympanique. Dans la deuxième phase de la maladie, la céphalée réapparaît du côté droit, sans toutefois qu'il existe de ce côté aucun signe de phlébite de la jugulaire et sans signes de complications endo-craniennes. Dans la troisième phase, la céphalée cesse à droite, pour apparaître du côté gauche, et sans qu'il existe de signes d'otite moyenne de ce côté. Puis apparaît de la tuméfaction avec œdème des paupières et de la conjonctive, d'abord du côté droit, puis à gauche, accompagnée de douleurs dans toute la région orbitaire et frontale. Par la diaphanoscopie : obscurité des régions frontales, surtout du côté droit. En même temps que ces phénomènes surgissent, on s'aperçoit que la malade mouche du pus. A ce moment, on pouvait supposer qu'il s'agissait d'une double sinusite frontale compliquant la rhinite grippale primitive. Enfin, dans la dernière phase, les signes locaux disparaissent dans la région fronto-orbitaire et en même temps surviennent des signes de phlébite et de périphlébite de la jugulaire gauche, puis des symptômes de septicémie. Celle-ci s'accuse par des localisations du côté du thorax : pleurésie, pleuro-pneumonie avec hémoptysie, puis pneumothorax. Enfin apparaît la suppuration des ganglions périjugulaires du côté gauche. Cet abcès se fait jour dans

la caisse du tympan gauche. La malade meurt avec des accidents cérébraux, qui ne se manifestent que les trois derniers jours. Raoult discute et admet le diagnostic de phlébite du sinus caverneux, d'origine otique, malgré la marche irrégulière de l'affection. Il admet dans un cas semblable l'inopportunité d'une intervention ; la malade n'aurait pas pu supporter l'opération longue qu'eût nécessité la ligature de la jugulaire et le drainage des sinus.

A BRINDEL (de Bordeaux). — **Des complications auriculaires consécutives aux occlusions du conduit auditif externe.** — Quelle que soit la nature de l'occlusion, quelle qu'en ait été l'étiologie, elle pourra donner lieu à des accidents dont le point de départ est le conduit osseux ou la caisse du tympan : ces accidents sont dus à la *réten*tion de produits sécrétés ou inflammatoires et déterminent des *phénomènes de compression* ou des *phénomènes infectieux* (surdité, bourdonnements, vertiges, céphalées, phlegmons temporaux et périnastoiéidiens, inflammations de l'apophyse avec toutes ses conséquences). Les accidents inflammatoires seront d'autant plus graves que le pus, ne pouvant s'écouler librement au dehors, cherchera ailleurs une voie de propagation.

Le traitement s'adressera à la fois à la complication et à l'occlusion du conduit qui en a été la cause. Une cure radicale largement faite, complétée par une autoplastie particulière assurera la guérison définitive de l'une et de l'autre. L'auteur joint à son travail trois observations personnelles dont deux inédites de ce genre d'affection.

M. MAHU. — J'ai communiqué l'année dernière au Congrès de Bordeaux un travail analogue à celui de M. Brindel sur les complications mastoïdiennes dans les rétrécissements accidentels du conduit auditif. De même que dans les atrésies congénitales, les accidents les plus graves peuvent survenir très lentement et très insidieusement et j'insistais surtout sur ce fait qu'il y avait intérêt dans les cas de ce genre à ne pas hésiter à intervenir plus promptement que dans les complications mastoïdiennes courantes.

LAVRAND (Lille). — **Paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais.** — Jusqu'au travail de Lermoyez, en 1898 (in Soc. franç. de Laryngologie), les anatomistes admettaient que les muscles du voile étaient innervés par le nerf facial, sauf le pharyngo-staphylin innervé par le plexus-pharyngien (glosso-pharyngien et pneumo-gastrique). L'exploration électrique

des différents nerfs intra-craniens a permis à la physiologie de démontrer : 1° que l'excitation du facial n'a jamais pu faire contracter le voile ; 2° que le pneumo-gastrique considéré comme vago-spinal (c'est-à-dire pneumo-gastrique et racine bulbaire du spinal réunis) innerve tous les muscles du voile à l'exception du péristaphylin externe qui est tributaire de la branche motrice du trijumeau.

Nous avons observé un jeune homme de 21 ans, qui se présente à nous en décembre 1902, avec une paralysie du voile à gauche et de la corde vocale du même côté survenue en une nuit il y a trois mois. Pas de maladie antérieure, sauf une pleurésie 14 ans auparavant. Actuellement induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche ; toux, expectoration. Traitement : huile de morue ; massage pré-laryngien ; faradisation ; gouttes de Baumé. Au bout d'un an et demi guérison du voile ; persistance de la paralysie de la corde vocale.

En résumé paralysie périphérique du récurrent gauche et névrite temporaire du vago-spinal dus à la tuberculose avec intégrité du facial ; donc le facial ne prend aucune part à l'innervation du voile.

HENNEBERT a eu récemment l'occasion d'observer un jeune tuberculeux qui fut pris subitement quelques jours avant sa mort d'une paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais (pas d'autopsie).

LOUIS VACHER (Orléans). — **Sur un procédé simple et facile d'ablation de l'épiglotte.** — Lorsque l'épiglotte par son développement, son infiltration ou sa rigidité, suite de lésions que je n'ai pas à décrire ici, est devenue un obstacle permanent à la déglutition et gêne absolument l'alimentation du malade, il est nécessaire de l'enlever.

Je ne parle bien entendu que des cas, relativement rares où l'infiltration a résisté aux curetages, aux scarifications aux cautérisations galvaniques ou autres, à tous les traitements usités de nos jours. L'ablation de l'épiglotte devenue indispensable, on a recours surtout au morcellement avec des pinces emporte-pièce, avec des ciseaux, quelquefois même avec l'anse froide. Tous ces procédés ont des inconvénients ; ils exposent aux hémorragies malgré l'emploi de la cocaïne et de l'adrénaline ; ils sont assez longs et nécessitent de faire l'opération en plusieurs fois, ce qui augmente leur difficulté. Pour ma part, j'ai adopté l'anse chaude qui m'a toujours réussi. L'anse chaude, en effet, permet d'enlever totalement l'épiglotte d'un seul coup, très rapidement, sans dou-

leur et sans une goutte de sang. Si du premier coup on n'a pas enlevé l'organe en totalité, on peut faire de suite une seconde prise plus profonde et terminer en une seule séance qui dure à peine quelques minutes.

Mais cette opération est délicate et demande plusieurs précautions : 1° Il faut s'assurer du bon fonctionnement de l'anse et qu'aucun court circuit ne pourra se produire sans cela on s'exposerait à saisir l'épiglotte, à l'enserrer, sans la sectionner. Cet accident causerait un grave danger de suffocation du malade, ou un arrachement qui pourrait donner lieu à une hémorrhagie inquiétante.

2° Il faut se servir d'un guide-anse recourbé, donner à l'anse une direction convenable qui ne puisse gêner le serrement de l'anse une fois l'épiglotte bien saisie. Les meilleurs guide-anse sont entièrement recouverts d'un épais vernis semblable à celui des bicyclettes.

3° L'anse doit être de la grosseur de celles qu'on emploie pour l'ablation des amygdales.

4° Le courant doit avoir une intensité et une tension suffisantes pour porter l'anse à la température convenable.

5° L'interrupteur doit être à portée du doigt pour permettre de faire passer le courant exactement au moment voulu.

Lorsque toutes ces précautions sont prises, et qu'on a eu soin de tout vérifier en sacrifiant une anse au moment même d'intervenir, on n'a pas à redouter d'échec.

Dans certains cas, le volume de l'épiglotte est si considérable qu'on peut craindre de ne pas l'embrasser complètement à sa base. Il faut alors la sectionner à la partie médiane avec un couteau galvanique, ou des ciseaux courbes très longs.

L'ablation se fait ensuite en deux fois, l'anse ne saisissant chaque fois qu'une moitié de l'épiglotte.

On pourrait redouter une réaction plus vive avec l'anse chaude qu'avec un morceleur. C'est une erreur. Le malade ne tarde pas à pouvoir avaler facilement.

Les insufflations de poudre d'orthoforme sont très utiles pour diminuer les douleurs qui suivent. Ces douleurs ne sont pas plus vives qu'après le morcellement, et je crois que l'ablation de l'épiglotte à l'anse chaude est à l'heure actuelle le procédé de choix.

TÉXIER demande à M. Vacher pourquoi il enlève l'épiglotte en totalité ?

CASTEX demande quels sont les résultats ?

VACHER enlève l'épiglotte en totalité quand par son volume,

sa rigidité elle s'oppose à la déglutition. Il a pratiqué onze fois l'opération, les résultats au point de vue de la dysphagie ont été immédiatement excellents.

M. MOLINIÉ. — Traitement de l'amygdalite aiguë. — La clinique, la pathologie sont d'accord pour nous montrer dans l'amygdalite aiguë une infection locale survenant sous l'influence des microbes habituels de la suppuration. Une fois établie, l'infection a pour effet d'amener la turgescence des vaisseaux, la diapédèse des globules blancs, l'hyperexcitabilité sécrétoire, la formation de petites collections suppurées superficielles, et l'accumulation de concrétions dans les cryptes amygdaliennes.

La résolution de l'affection qui survient spontanément se fait par la décongestion des tissus et l'élimination spontanée des produits septiques.

Au lieu d'attendre, ou de favoriser cette évolution naturelle, je pense qu'il vaut mieux la provoquer en expulsant les matières ou les produits de rétention de l'amygdale.

On y parvient en comprimant vigoureusement l'amygdale infectée, au moyen de l'index. Ainsi exprimée, l'amygdale donne issue par de nombreux pertuis, à des amas purulents d'aspect caséux et d'odeur extrêmement fétide. Un peu de sang vient sourdre qui fait une saignée locale vraisemblablement salutaire. On fait suivre cet écrasement de l'amygdale d'un badigeonnage à la glycérine phéniquée au $\frac{1}{60}$. On observe parfois une aggravation passagère de la douleur, cédant au bout de quelques heures.

Le lendemain, les symptômes de l'amygdalite disparaissent.

J'ai employé ce traitement chez cinq malades avec le plus grand succès. Pour l'un d'entre eux, atteint d'amygdalite bi latérale, le traitement n'a été appliqué que d'un côté, et a amené la guérison immédiate, tandis que pour l'amygdale opposée, la guérison s'est produite seulement dans les délais habituels.

NOQUET (Lille) a obtenu les meilleurs résultats avec les badigeonnages d'une solution à 5 % dans l'huile stérilisée de gaiacol et de menthol.

VACHER appuie énergiquement les conclusions de Molinié, il accorde une grande valeur à l'expression de l'amygdale dans le traitement de l'amygdalite aiguë.

I. BONAIN (Brest). — Sténose cicatricielle du vestibule du larynx consécutive à un lupus. Dilatation par l'intubation et résection des replis aryéno-épiglottiques. — Un diaphragme cicatriciel percé à son centre d'un très petit orifice fermait le vestibule du larynx, unissant la base de l'épiglotte aux aryénoïdes et aux replis ary-épiglottiques. Le diagnostic de lupus fut confirmé par la présence d'une plaque de lupus de la peau. Le traitement consista en une dilatation du diaphragme par introduction de tubes d'O'Dwyer de calibre progressif. Quand la dilatation fut suffisante, Bonain réséqua à l'emporte-pièce une partie des ligaments ary-épiglottiques aux dépens desquels était formé le diaphragme.

II. BONAIN (Brest). — Deux points de pratique otologique. — Bonain attire d'abord l'attention sur la difficulté que présente assez fréquemment le diagnostic des perforations du tympan et propose un moyen qui le facilite beaucoup. Il consiste en un badigeonnage du fond de l'oreille avec une solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{100}$ qui permet grâce aux teintes différentes prises par les tissus, de différencier les premiers plans des plans plus profonds sur lesquels ils se détachent en relief.

Le second point traité est celui de la révulsion sur la membrane du tympan pratiquée à l'aide du liquide dont Bonain a donné la formule pour l'anesthésie locale de la membrane et de la caisse tympaniques. Dans l'otite moyenne chronique adhésive, avec immobilisation de la membrane, l'application de ce liquide sur la face externe du tympan a dans certains cas procuré une amélioration marquée dans l'audition et parfois aussi des bruits d'oreille. Le tympan, devenu plus souple se mobilise souvent avec plus de facilité.

MIGNON (Nice). — Drainage nasal des sinusites maxillaires (sera publié *in extenso*).

COLLET (Lyon). — La santaline dans le traitement des crises laryngées du tabes (sera publié *in extenso*).

LANNOIS (de Lyon). — Les illusions de fausses présences dans la pratique oto laryngologique. — Les illusions de fausse présence

sont très communes dans la pratique de la spécialité. Le plus souvent ce sont des malades qui croient avoir dans la gorge une arête de poisson, un fragment d'os ou une épingle, dans l'oreille un insecte qui bourdonne, un morceau de coton, etc. Ces cas ne se comptent plus.

Ils disparaissent d'ailleurs assez rapidement par la guérison de l'éraflure qu'ils ont déterminée sur les parois du pharynx ou l'amygdale. Parfois cependant ils peuvent persister et entraîner à leur suite des troubles graves et des manifestations véritablement délirantes.

Lannois rapporte deux cas de ce genre.

Dans le premier il s'agissait d'un homme qui avait avalé trois ans auparavant un os de lapin, côte et vertèbre, et qui était persuadé que celui-ci s'était arrêté dans le pharynx et avait pénétré dans les parties latérales du cou. Il était confirmé dans cette idée par l'existence, du côté droit du cou, d'un faisceau de fibres tendineuses et musculaires faisant une saillie anormale : c'était une anomalie bien décrite par les anatomistes (Testut) et correspondant à un muscle qui existe à l'état normal chez les ruminants. Depuis deux ans le malade ne mangeait plus que des potages et des purées. Une petite intervention consista dans la section des fibres anormales et comme moyen de suggestion on montra pendant le réveil au malade un petit fragment d'os qu'on lui dit avoir été enlevé pendant l'opération. Il guérit parfaitement.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un malade légèrement alcoolique, porteur d'anciennes lésions d'oreille qui fut pris de craquements dans l'oreille droite. Il s'imagina rapidement qu'il avait des bêtes, puces ou punaises, qui avaient pénétré sous la peau et lui causaient des souffrances intolérables : il parlait de se suicider. Tous les moyens de suggestion ayant échoué, on lui fit sous anesthésie une petite incision sur l'apophyse mastoïde et pendant le retour à la conscience on lui montra des larves de mouche qu'on lui dit avoir été retirées de l'os. La guérison fut complète pendant plus d'un mois. Une récurrence qui semblait vouloir survenir un mois plus tard fut facilement arrêtée par une dose de santoline.

LANNOIS insiste sur la nécessité des moyens suggestifs actifs chez ces malades et sur la réceptivité plus grande du cerveau pendant le retour à la conscience qui suit le sommeil anesthésique.

RUVAULT. — Les faits d'illusion de fausse présence de corps étrangers dans la gorge sont fréquents, et connus depuis long-

temps; ces illusions disparaissent par la suggestion et l'auto-suggestion. L'anesthésie locale à la cocaïne, peut comme l'a fait remarquer Martin entraîner la disparition des ces phénomènes.

LANNOIS, connaît bien le moyen thérapeutique que rappelle Ruault, c'est évidemment aux cas rares où les moyens simples ont échoué, que sera réservée l'anesthésie générale.

BAR (Nice). — **Angiome velopalatin.** — Les tumeurs du voile du palais étant extrêmement rares, principalement les angiomes dont la littérature médicale ne signala guère que les deux exemples cités par Anderson (1895) et Wagelt de Londres 1898, l'auteur a pensé qu'il y avait intérêt à relater ce cas nouveau qu'il a observé et opéré. Il s'agit en effet d'un homme d'une cinquantaine d'années, arthritique, sans antécédents, qui depuis plusieurs mois était tourmenté par une tumeur de la luette et du voile. Cette tumeur du volume d'une demi cerise s'étendait de la luette qu'elle enveloppait jusqu'au bord supérieur du pilier droit antérieur. D'aspect violacée elle était indolore, d'apparence vermiculaire, très adhérente aux tissus sous-jacents et formée d'un lacis veineux, veines et veinules dilatés s'abouchant avec les vaisseaux voisins. N'étant pas réductible, il y avait lieu de conclure que son tissu caverneux ne communiquait pas largement avec le contenu d'une grosse veine, tandis que sa marche lente ou plutôt son état stationnaire plaidait en faveur d'une nature bénigne que l'absence d'adénite aidait à confirmer. Parmi les différentes méthodes de traitement, la méthode perturbatrice parut la seule à essayer pour une cure radicale et c'est le procédé de la galvanopuncture qui fut choisi. A cause des lacs sanguins qu'on rencontre, elle expose sans doute à des hémorragies rebelles, et, par conséquent, elle réclame d'être circonspect. Mais l'électrolyse reste la méthode de choix.

COLLINET. — **Un cas de mastoïdite grave sans suppuration de l'oreille.** — Il s'agit d'un homme de 50 ans, porteur d'un abcès de la région latérale droite de la nuque et souffrant beaucoup de la tête. Deux mois et demi avant, il avait eu une douleur d'oreille violente, terminée à la suite d'un écoulement presque imperceptible de liquide rosé, séreux. Cet écoulement remarqué un matin par le malade n'avait jamais reparu.

Tympan rouge, épaissi, sans trace de suintement ni de perforation.

A l'opération on ne trouva rien dans l'antre ni dans la caisse ; mais une ostéite, avec fongosités et rétention purulente sous pression dans les cellules de la pointe ; ce foyer communiquait avec un abcès dure-mérien de la loge cérébelleuse, qui communiquait lui-même avec l'abcès sous périostique de la région de la nuque. L'infection semblait bien être partie de l'oreille, mais elle n'y avait laissé que des traces insignifiantes, alors qu'elle s'était localisée gravement dans les cellules de la pointe. Guérison.

MERMOD (Lausanne), présente le cas d'un adulte ayant succombé à une **lepto-méningite quatre jours après une opération d'après la méthode de Killian**. A l'autopsie, seul le plancher antérieur du crâne, c'est-à-dire toute la région correspondant à l'endroit opéré, dure-mère, pie-mère, fut trouvée indemne, et le foyer opératoire aseptique ; l'examen microscopique pratiqué dans le corps à travers les organes décalcifiés, ne montra aucun signe de passage de l'infection. Malgré ce résultat négatif, l'auteur n'hésite pas à accepter une relativité de cause à effet entre l'opération et la méningite, aussi bien qu'un abcès cérébral otogène peut être séparé du foyer de l'oreille par du tissu sain. A notre époque où la faveur semble se partager entre l'opération si simple de Luc et celle de Killian, l'auteur a pensé utile de rapporter ce cas malheureux, le premier publié à la charge de Killian. Le principal argument que l'on a avancé en faveur de cette méthode soi disant radicale, est la sécurité absolue vis-à-vis des complications cérébrales ; il semblerait qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'elle ne met pas complètement à l'abri. L'auteur admet le Killian qu'il a pratiqué lui-même plus d'une fois, mais il craint qu'on en étende beaucoup les indications. Dans les sinusites fronto-ethmoïdales il reste fidèle à l'opération de Luc, avec drainage frontonasal entièrement large : dans ces cas il a eu un résultat constamment parfait sans aucune mésaventure. Le seul accident mortel qu'il ait eu à déplorer est précisément dû au Killian.

LUC. — Je ferai aux conclusions de Mermod, cette réserve que le mécanisme des accidents méningés nous échappe dans le cas rapporté par lui : l'autopsie partielle qui a été faite semble bien avoir établi que la désinfection du foyer fronto-ethmoïdal avait été complète au cours de l'intervention, néanmoins il me semble que nous devons toujours recourir aux méthodes opératoires les plus larges, celles qui nous donnent le plus large accès sur le foyer, réservant la méthode Ogston-Luc aux sinus les plus petits.

A. MALHERBE (Paris). — Du redressement cosmétique du pavillon de l'oreille. — Le redressement cosmétique du pavillon de l'oreille n'est pas encore une opération ayant été exécutée très souvent. Nombreuses sont cependant les raisons qui militent en sa faveur.

Parmi les vices de conformation du pavillon, nous ne parlerons ici que de ceux consistant en orientation vicieuse, et en modification du fibro-cartilage de l'oreille. Ces malformations sont : ou bien congénitales ou bien acquises.

Le manuel opératoire qu'il convient d'apporter à ces deux variétés change suivant les cas et ne peut reconnaître de règles fixes.

Dans les cas simples, voici quelle est notre conduite : après anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous pratiquons une incision sur l'apophyse mastoïde, commençant en haut au niveau du bord supérieur du pavillon ; cette incision curviligne s'écarte en arrière du sillon rétro-auriculaire pour atteindre 1 centimètre à 1 centimètre et demi au niveau du bord supérieur du méat, puis se rapproche de ce sillon, pour se terminer à son niveau, vers la partie supérieure du lobule. Une deuxième incision parallèle au sillon est pratiquée sur le pavillon lui-même et se réunit en haut et en bas avec la première. La peau et les couches sous-jacentes sont disséquées quand cela est nécessaire, une certaine étendue du fibro-cartilage est supprimée ou plissée. Il ne reste plus qu'à rapprocher les deux parties cruentées et à les fixer avec cinq à six points au crin de Florence. Application d'un léger pansement compressif et ablation des fils au bout du huitième jour.

Séance du 9 mai.

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Georges GELLÉ, rapporteur. — Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhino-pharynx. (Publié *in extenso*).

MOURE. — Il arrive souvent qu'on ne voie les malades porteurs de tumeurs du naso-pharynx que lorsque les troubles de la déglutition ou de la respiration gênent considérablement le malade. Dans les premières phases le diagnostic ne pourrait s'établir que par la constatation de l'engorgement ganglionnaire. Lamacq a signalé à

la société de médecine de Bordeaux des adénopathies mastoïdiennes consécutives aux adénoidites chroniques ou aux tumeurs primitives du pharynx. Moure n'a jamais observé pareil fait. Au contraire, il a dans son service un malade porteur d'une tumeur du naso-pharynx avec énorme adénopathie cervicale et cependant intégrité mastoïdienne.

Georges GELLÉ estime que si les ganglions mastoïdiens s'étaient pris, ils ne pourraient l'être *que consécutivement* à l'adénopathie sterno-mastoïdienne supérieure.

AUGIÉRAS (Laval). — **Résultats éloignés du traitement par l'évidement mastoïdien de 4 cas d'ostéite condensante de l'apophyse mastoïde.** — Les résultats immédiats communiqués au congrès de la société en 1904 avaient été la disparition des phénomènes névralgiques et une amélioration rapide de l'état général. A ce point de vue des résultats éloignés il y a lieu de remarquer que les éléments pathologiques qui constituent l'ostéo-névralgie de la mastoïde sont influencés de manière différente par l'intervention chirurgicale. L'évidement agit très efficacement sur la névralgie dont la guérison peut se maintenir même quand le processus inflammatoire n'est pas éteint dans le tissu osseux.

Il agit moins puissamment dans l'ostéite qui peut continuer à se manifester par des poussées plus ou moins répétées et prolongées pendant lesquelles la région mastoïdienne devient le siège de douleurs localisées spontanées et provoquées par la pression sans aucun symptôme apparent d'inflammation osseuse. Quoique l'évidement ne mette pas à l'abri des poussées ultérieures d'ostéite, il demeure indiqué dans l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde parce que l'élément névralgique qui est le plus heureusement influencé par l'opération a aussi la plus grande importance pour les malades qu'il torture et dont il altère profondément l'état général et parce que la cessation des irradiations névralgiques a constitué un bénéfice considérable pour eux, même dans les cas où il a persisté de l'ostéite et des douleurs localisées à la région mastoïdienne.

F. FURET (Paris). — **Traitement chirurgical de la paralysie faciale.** — Il s'agit de la méthode préconisée par Furet et mise en pratique J. L. Faure en 1898, l'anastomose du bout périphérique du facial avec un nerf voisin hypoglosse ou spinal. La greffe spino-faciale a été employée jusqu'ici huit fois sur 25 observations.

F. préfère l'hypoglosso-faciale, à cause de ses moindres inconvénients opératoires. Les résultats publiés jusqu'ici ont été très encourageants, puisqu'il n'existe que 6 cas dans lesquels la greffe semble avoir totalement échoué. Dans tous les autres cas, on est parvenu au moins à rendre aux muscles paralysés une certaine tonicité et à diminuer ainsi dans une large mesure, lorsque la face est au repos, la difformité qui résulte de l'asymétrie faciale. La phonation, la mastication ont été grandement facilitées. Dans de nombreux cas, on a observé le retour de certains mouvements volontaires, tels que l'occlusion de la paupière et la déviation de la commissure labiale.

Pierre BONNIER. — La notation bulbaire en oto-laryngologie. — Depuis dix ans, la physiologie de l'audition et de la phonation s'est totalement transformée ; la théorie de Helmholtz est abandonnée ainsi que ses applications à la théorie de la vocalisation. Une nouvelle physiologie, fondée sur une conception plus large de l'ébranlement sonore, entraîne maintenant après elle une interprétation nouvelle des symptômes connus et une recherche de symptômes nouveaux.

L'otologie est entrée dans la neurologie et par elle dans la clinique générale ; le domaine bulbaire, cérébelleux et cérébral de l'appareil labyrinthique va croissant ; il accapare presque toute l'oculomotricité, la sustentation et de nouveaux syndrômes se définissent. La connaissance de la topographie et de la physio-pathologie bulbaires s'impose aux spécialistes d'aujourd'hui, car les troubles labyrinthiques ont un retentissement parfois très éloigné sur les troubles des autres appareils, et de plus, ils sont souvent, ainsi que les troubles nasaux et laryngés, la manifestation spéciale de troubles bulbaires trop négligés et auxquels doit s'adresser le traitement même du symptôme périphérique.

ESCAT (Toulouse). — Un cas de glossite basique phlegmoneuse. — L'abcès interstitiel, circonscrit, profond et unilatéral paraît siéger dans l'espace cellulaire qui sépare le génio-glosse de l'hyo-glosse, espace dans lequel cheminent l'artère linguale, des veines, et aussi des troncs lymphatiques qu'on a le droit d'incriminer dans la pathogénie de l'abcès.

Chez un homme de 35 ans, atteint de cette affection, j'ai réussi à ouvrir le foyer purulent par une ponction avec le trocart de Krause sur la partie postérieure de la face latérale de la langue.

En ce point on ne risque de blesser aucun organe important; le nerf lingual passe en effet, en arrière, en dessous et en avant; le canal de Warton et l'hypoglosse sont très inférieurs.

Quand la base de la langue est infiltrée et soulevée par la collection, le meilleur repère pour la ponction est la dernière molaire inférieure; c'est vis-à-vis d'elle et au dessus qu'est le point d'élection.

Cette ponction me paraît devoir être tentée avant de recourir à l'intervention chirurgicale par voie sus-thyroïdienne.

TEXIER et H. MALHERBE (Nantes). — Syphilis bucco-pharyngée. Chancre multiples à apparition successive. — (Sera publié *in extenso*.)

CHAVASSE (Paris). — Morcellement des amygdales et ablation des végétations adénoïdes, chez l'homme adulte. — Le morcellement, pratiqué sur deux cent soixante-huit adultes, avec ablation de cinq cent vingt-deux amygdales avec la pince de Ruault a donné d'excellents résultats; aucun cas d'hémorrhagie. Comme complications: deux adénopathies, neuf angines aiguës, trois abcès péri-amygdaliens, un rhumatisme articulaire aigu.

L'ablation des végétations adénoïdes avec le couteau de Schmidt a été faite sur trois cent dix adultes parmi lesquels cent quatre-vingt-seize étaient atteints d'affections auriculaires, cent onze d'obstruction nasale, un de dyspepsie, un de surdité hystérique. Anesthésie locale à la cocaïne à 5 %.

Comme résultats thérapeutiques: 93 cas de guérison ou d'amélioration des otites; 1 cas de guérison d'une dyspepsie rebelle. Les accidents et complications post-opératoires ont été:

1° 4 cas d'hémorrhagie retardée ou secondaire, dont un, compliqué d'une scarlatine intercurrente, a été suivi de mort; 2 de ces cas d'hémorrhagie ont été observés sur vingt-cinq malades opérés à la pince et les deux autres, sur deux cent quatre-vingt-cinq opérés au couteau; la pince est donc à rejeter chez l'adulte.

2° 11 cas de pharyngite avec fièvre, 16 cas d'amygdalite, 4 d'otites ou réveils d'otorrhée, 1 cas de rhumatisme poly-articulaire, quelques cas de céphalée sans fièvre.

3° Une hémorrhagie à travers une perforation ancienne du tympan.

Quelques cas ont récidivé, dont un a subi trois ablations successives.

Sur vingt-six adénoïdiens atteints d'obstruction nasale très accentuée, examinés au point de vue du cœur, on a trouvé 5 cas d'hypertrophie cardiaque, 3 cas de dilatation ou d'hypertrophie du cœur droit, soit au total 34,6 %. Il y a donc relation prouvée entre l'hypertrophie cardiaque de l'adulte et l'obstruction nasale.

LURET-BARBON. — Dans un cas récent d'hémorragie survenue le 8^e jour après un morcellement de l'amygdale, en est venu à bout par la compression digitale. C'est pour lui le meilleur procédé d'hémostase.

RAOULT (Nancy). — **Fistule de la paroi inférieure du conduit, nécrose des cellules périfaciales. Opération. Guérison.** — La malade dont il s'agit dans ce cas présentait une atrésie très marquée du conduit, et une fistule située au-dessous de celui-ci, longeant la partie inférieure du conduit osseux, fistule donnant issue à du pus épais peu abondant. En même temps existait de la paralysie faciale. Lorsque Raoult vit la malade, il existait du gonflement de la peau au-dessous du lobule de l'oreille. Le décollement du pavillon et du conduit fut pratiqué, et en suivant la fistule on trouva de l'ostéite de la paroi inférieure du conduit, puis plus profondément l'antre ouvert et contenant des fongosités, et enfin un groupe de petites cellules périfaciales situées en dessous et dans la profondeur de la région faciale. La malade guérit rapidement des lésions profondes ; la partie la plus externe de la fistule fut plus longtemps à se combler.

MOURE (Bordeaux) propose, pour atteindre les tumeurs des arrières-fosses nasales ou du corps du sphénoïde :

1^o De décoller le nez à l'aide d'une incision faite de l'angle interne de l'œil et allant jusqu'à la racine du nez ; 2^o mettre ensuite à nu avec la rugine l'os propre et la partie antérieure du maxillaire supérieur ; pour découvrir convenablement cette surface osseuse, il faut pratiquer perpendiculairement à la première incision une deuxième suivant le rebord orbitaire. On sectionne ensuite la branche montante du maxillaire supérieur au ras du plancher du nez à l'aide de la cisaille, puis on divise avec la gouge le sinus en deux parties, en coupant le rebord orbitaire, ce qui permet d'enlever toute la paroi externe de la fosse nasale, y compris le cornet inférieur ; on a ainsi une large cavité dans laquelle le sinus est ouvert, ce qui augmente un peu plus les dimensions de la brèche du côté externe, l'os propre du nez est ré-

séqué après avoir d'abord récliné le canal nasal membraneux de manière à éviter sa section.

Cette opération en donnant un jour considérable dans les fosses nasales permet de découvrir même la paroi naso-pharyngienne, elle est indiquée dans tous les cas où on est obligé d'agir sur cette région par les voies externes (polypes fibreux à insertions choanales, tumeurs de l'apophyse ptérygoïde, etc., etc.)

L'espace ainsi obtenu est d'autant plus grand que la cavité se trouve déjà plus ou moins notablement élargie par l'existence de la tumeur qu'il faut extraire.

C'est somme toute le complément de l'opération qu'il avait déjà préconisée pour enlever l'ethmoïde seul.

LUC. — **La voie d'accès vers le sinus caverneux.** — Après avoir rappelé et décrit les tentatives de Bircher et de Voss pour atteindre le sinus caverneux par l'intérieur du crâne, et avoir montré les difficultés et les dangers de ces procédés, Luc rend compte des recherches cadavériques auxquelles il s'est livré pour accéder au même vaisseau supposé atteint de thrombo-phlébite, non plus par l'intérieur du crâne, c'est-à-dire de dehors en dedans, mais de dedans en dehors, par l'intérieur du sinus sphénoïdal, ouvert par la voie maxillaire supérieure nasale.

Il résulte des recherches de Luc que c'est en procédant par le sinus maxillaire et la fosse nasale du côté opposé que l'on éprouve le moins de difficultés à ouvrir le sinus caverneux, la gouge pouvant, dans ces conditions seulement, être appliquée bien perpendiculairement à la paroi latérale du sinus sphénoïdal sur laquelle rampe extérieurement le sinus caverneux, et l'on évite sûrement les nombreux troncs nerveux contenus dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus, ainsi que l'artère carotide quelque peu distante de la selle turcique.

Dans les cas où déjà la phlébite aurait envahi la veine ophtalmique, Luc propose de réaliser la désinfection de ce foyer supplémentaire par une seconde opération consistant, suivant une méthode due à Krönlein, à atteindre le sommet de l'orbite, après résection de sa paroi externe, précédée elle-même de la résection ostéo-plastique de l'os malaire.

STOKER (Londres). — **L'ozone dans les affections de l'oreille.** — J'ai l'honneur d'offrir à votre considération ce que je crois être un traitement entièrement nouveau pour certaines maladies de la cavité tympanique, je veux parler de l'emploi de l'ozone dans le

catarrhe chronique causant la surdité et les bourdonnements (tinnitus), ainsi que dans la *suppuration chronique* où il n'y a aucune nécrose de l'os.

L'ozone, comme vous savez, est de l'oxygène concentré par le contact avec des fils métalliques excités par l'électricité. L'ozone, comme un agent d'oxydation, est cinq cents fois plus actif que l'oxygène pur. L'activité de l'ozone est en proportion de la pureté du gaz et de la force du courant électrique employés.

Pendant bien des années, j'ai employé l'oxygène et l'ozone dans les maladies chroniques du nez et dans l'*ozène*. Les heureux résultats obtenus m'ont fait en adopter l'usage dans le traitement des maladies ci-dessus mentionnées.

La trompe d'Eustache et la cavité tympanique sont en communication avec le nez, dont elles sont les cavités accessoires revêtues de la même membrane muqueuse. Il est raisonnable de supposer que le catarrhe, s'étendant du nez jusque dans la cavité tympanique, produit les mêmes résultats que ceux existant déjà dans le nez même, c'est-à-dire l'hypertrophie de la membrane muqueuse et les sécrétions anormales qui sont suivies par les bourdonnements (tinnitus) et la surdité. L'emploi de l'ozone dans le nez réduit l'hypertrophie et rend les sécrétions normales ; on peut s'attendre aux mêmes effets quand l'ozone est employé dans la cavité tympanique, et de plus, un gaz pénétrera là où les solides ni même les liquides ne pourront pénétrer.

L'autre maladie dans laquelle l'ozone peut s'employer est la suppuration chronique dans la cavité tympanique, avec perforation de la membrane. S'il y a nécrose de l'os, l'ozone devient inutile ; une opération est alors la seule ressource, et ensuite on pourra recourir à l'ozone pour hâter la guérison.

L'appareil pour faire l'ozone consiste en :

1° L'oxygène qu'on peut employer pur, ou bien l'air atmosphérique contenant 20 % d'oxygène. Dans le traitement ci-dessus mentionné je fais usage de l'oxygène pur.

2° Une batterie électrique donnant un courant de $1/2$ à 1 ampère et 2 volts.

3° Une bobine Ruhmkorff donnant 13 millimètres d'étincelle électrique. Ceci est nécessaire pour produire un courant alternatif et pour en augmenter la puissance ;

4° Un ozoneur. J'emploie le tube Andriolis, qui est simple et économique.

L'oxygène est contenu dans un sac, ou cylindre de fer, et passe à travers l'ozoneur, en sortant sous la forme d'ozone.

La batterie est attachée à la bobine qui, à son tour, est attachée à l'ozoneur.

Je vous ferai observer que, lorsque l'ozoneur fonctionne, il émet une lumière bleue. Cette lumière et l'odeur caractéristique sont les indices certains de la génération de l'ozone. Vous pouvez faire usage d'un mélange d'iodure de potassium et d'amidon ; l'ozone décompose l'iodure de potassium, et l'iode rendu libre fait devenir l'amidon tout à fait bleu.

Pour appliquer l'ozone à la cavité tympanique, il faut attacher le cathéter eustachien à l'ozoneur ; par ce moyen, l'ozone passe en un courant de faible épaisseur jusque dans la cavité tympanique. Il faut appliquer ce traitement tous les jours 4 ou 5 minutes pendant au moins six semaines, et même plus longtemps dans les cas chroniques.

L'ozone ne doit pas être trop fort, autrement le malade ressentirait une sensation de suffocation et aurait une quinte de toux.

Pour l'application de l'ozone dans la suppuration de la cavité tympanique, l'oreille doit être nettoyée avec soin, et ensuite l'ozone doit être administré à travers le méat externe : ce traitement devra être appliqué tous les jours, dix minutes, pendant au moins six semaines, jusqu'à ce que la suppuration ait disparu. Le premier effet de l'ozone sera d'augmenter cette suppuration ; la mauvaise odeur et ensuite la suppuration disparaîtront. L'ozone a un effet marqué sur les micro-organismes qui se trouvent dans les suppurations malsaines. J'ai, ici, à votre disposition, quelques micro-photographies prises avant et après l'application de l'ozone. Vous y verrez que, dans celles prises avant le traitement, se trouve une grande variété de micro-organismes, tandis que, dans celles prises après le traitement, on ne trouve que les Staphylocoques. L'ozone n'est pas un poison direct, mais son action chimique est de nature à modifier la nutrition de ces micro-organismes, d'une façon telle qu'ils sont réduits à disparaître.

Tels sont les détails du traitement sur lequel j'appelle tout le poids de votre sage considération. Entre mes mains, il a amené un plein succès qui se renouvellera entre les vôtres si vous voulez bien en faire l'expérience.

Vous vous rappellerez que la moindre amélioration, dans les cas de surdité, est de la plus grande importance, et que d'arrêter les progrès du mal est bien à apprécier, même si l'on ne peut guérir. L'ozone, entre nos mains, peut devenir un remède thérapeutique et chimique appelé à rendre les plus grands services

dans la médecine et dans la chirurgie, et comme tel, il mérite l'attention de la Faculté.

LERMOYEZ. — Chirurgie crânienne. — (Sera publié *in extenso*).

LAURENS. — Un nouveau procédé de technique en otho-rhino-laryngologie. — L'auteur décrit un nouveau procédé de technique dans le but de simplifier l'hémostase en chirurgie oto-rhino-laryngologique. Jusqu'alors on employait le tamponnement, mais qui offrait l'inconvénient de ne produire qu'une hémostase temporaire.

Laurens, en recherchant un procédé pratique, eut l'idée d'appliquer à l'otologie le principe du vacuum, couramment utilisé par les dentistes avec la pompe à salive et d'aspirer le sang provenant d'une plaie non plus avec un tampon de gaze, mais à l'aide du vide, de réaliser en somme l'hémato-aspiration.

L'appareil est des plus simples. Il est essentiellement constitué par un récipient en verre relié d'une part à une trompe à eau puissante qui sert à faire le vide, d'autre part à un manche et à un jeu de canules métalliques.

La technique consiste à raréfier préalablement l'air contenu dans le récipient, puis à aspirer avec la canule les liquides, pus et sang provenant de la plaie. On travaille en somme dans le vide. Pendant l'opération, l'aide veillera à ce que le tube n'aspire uniquement que les liquides et non des fragments osseux, des séquestres, des fongosités qui pourraient obstruer la canule aspiratrice. Pour cela, il doit suivre autant que possible, sans les entraver, tous les mouvements du chirurgien ; l'auteur indique du reste tous les détails de sa technique.

L'hémato-aspiration a été appliquée avec succès par Laurens, à la plupart des opérations oto-laryngologiques, en particulier aux interventions mastoïdiennes (trépanation simple de l'apophyse, évidement du rocher) ; à la chirurgie des sinus de la face, aux opérations bucco-pharyngées (tumeur du cavum, arrachement de polypes naso-pharyngiens, morcellement des amygdales ; à la chirurgie laryngo-trachéale, laryngectomie, etc...

L'hémato-aspiration offre des avantages multiples et une supériorité réelle sur le tamponnement dans beaucoup de cas : elle favorise l'hémostase cutanée et osseuse, elle facilite dans les cavités osseuses le travail chirurgical qui se fait alors à ciel ouvert et non plus à l'aveuglette au fond d'un puits rempli de sang, elle diminue le danger de l'asphyxie dans les opérations pharyngo-laryngées.

Somme toute, méthode parfaite dans quelques cas, mais qui, dans d'autres, doit être employée parallèlement au tamponnement. Grâce à l'hémato-aspiration, l'auteur a pu pratiquer à la Clinique de la Trinité des opérations mastoïdiennes longues et délicates, sans recourir à une seule compresse. Ce procédé constitue donc un réel progrès en chirurgie oto-laryngologique.

LERMOYEZ. — Je demanderai à Laurens s'il a eu la curiosité de peser la quantité de sang que perd en moyenne un opéré pour chacune des opérations de notre spécialité : cela serait fort instructif.

Je pense, en effet, que surtout pour les opérations qui ont lieu sur le nez et la gorge l'hémorrhagie opératoire est bien plus abondante qu'on le croit. Si donc on pouvait indiquer, par des chiffres assez précis, la quantité de sang que risque de perdre un malade suivant tel ou tel procédé opératoire, il y aurait, chez les débilités en particulier, un élément nouveau pour fixer notre conduite en telle circonstance.

MAHU. — Pathogénie de l'empyème maxillaire. — (Sera publié *in extenso*.)

LERMOYEZ. — Je suis fort heureux que les recherches anatomiques de Mahu lui aient donné des résultats si précis et si précieux : car j'y trouve la démonstration irréfutable de la thèse que je soutiens à ce sujet depuis plusieurs années et que, je l'avoue, je n'avais pu étayer jusqu'ici que sur des faits cliniques.

Quand j'établis la division entre deux formes très distinctes et malheureusement très confondues de suppuration maxillaire, la sinusite vraie et l'empyème simple, je rencontrai une vive opposition : il fut même dit que c'était du roman...

Or, il faut aujourd'hui retourner cette proposition : le roman devient de l'histoire, et ce qui entre dans le domaine de la légende, c'est beaucoup de ce qu'on a écrit jusqu'à ce jour sur les suppurations maxillaires.

Franchement, nous devons avouer que tous, moi tout le premier, nous avons jadis fait sur le sinus maxillaire beaucoup d'opérations inutiles et que peut-être, inconsciemment et de bonne foi, nous avons prolongé des suppurations maxillaires qui, sans nous, auraient spontanément bien vite guéri, cessé. Peut-être eussions-nous modéré notre ardeur chirurgicale si nous avions fait plus attention aux avertissements des dentistes, et si nous avions mieux pris contact avec eux nous aurions vu combien facilement ils tarissaient une suppuration maxillaire par l'extraction d'une dent et

le lavage d'une alvéole, tandis que, de notre côté, nous nous évertuons en vain à arriver au même but par des opérations pénibles et des pansements prolongés.

La raison c'est que, sans le savoir, nous confondions dans une même conception thérapeutique deux affections radicalement distinctes.

Je parle ici uniquement des suppurations maxillaires chroniques, isolées, et non pas des fronto-maxillaires, qui constituent, à tous points de vue, une affection toute différente.

Or, il est aujourd'hui cliniquement et anatomiquement démontré que ces suppurations du sinus maxillaire appartiennent à deux types distincts.

1° *Sinusite chronique vraie. Type rare.* — Il s'agit d'une maladie du sinus lui-même. Le sinus suppure comme suppure la cavité d'un abcès froid ; il n'y a pas d'autre conduite rationnelle que de l'ouvrir, le curetter, le drainer : c'est le triomphe de l'opération de Luc. Je ne crois pas qu'on la puisse éviter ; il me paraît bien peu probable qu'on ait guéri beaucoup de sinusites maxillaires vraies par des lavages, quelle que fut leur technique.

2° *Empyème simple. Type banal.* — Il s'agit d'une maladie de la dent exclusivement. Le sinus est un lieu de passage pour le pus, au même titre que la fosse nasale. C'est la dent qui est malade, c'est la dent qu'il faut soigner, tout naturellement. Pour faire cesser l'écoulement purulent du nez, il faut et il suffit que l'extraction de la dent malade soit pratiquée (et accessoirement celle du séquestre alvéolaire limité qui peut l'accompagner). Curetter le sinus maxillaire parce qu'un abcès dentaire s'y est ouvert me paraît aussi irrationnel que si on grattait la cavité buccale parce qu'une parulis gingivale y déverse son pus par une fistule.

C'est le rôle des rhinologistes de soigner les sinusites maxillaires vraies ; c'est l'affaire des dentistes de traiter les empyèmes simples maxillaires. Si vous voulez bien accepter cette répartition du travail et adresser aux dentistes toute suppuration maxillaire qui se caractérise comme un empyème, vous pourrez mesurer la valeur de cette division nasologique. Et, comme j'ai eu maintes fois l'occasion de le faire, vous vous convaincrez de sa justesse en voyant diminuer, dans des proportions étonnantes, le nombre des sinusites maxillaires sur lesquels vous aurez à intervenir. J'aime à croire que cette conséquence ne pourra en rien influencer votre jugement.

Je reconnais cependant que le mot « empyème maxillaire » prête à confusion. Il n'a pas partout le même sens : il désigne en Alle-

magne toutes les suppurations sinusales vraies, tandis qu'en France il s'applique surtout aux accumulations passives du pus. De meilleures dénominations aideraient à mettre de la clarté dans cette question. Aussi bien pourrait-on, à l'exemple des définitions analogues que nous donne la pathologie, appeler : pyosinusite maxillaire, la suppuration autochtone du sinus maxillaire, et pyosinus maxillaire l'écoulement dans le sinus du pus provenant d'une suppuration dentaire : ainsi cessera la confusion.

JACQUES (Nancy). — **Thrombo-phlébite otitique de la jugulaire avec abcès intra-veineux sus-claviculaire.** — L'auteur rapporte l'histoire d'une fillette de 11 ans, atteinte d'antro-mastoïdite chronique, fistulisée dans le conduit et compliquée d'un torticollis symptomatique d'une infection de la jugulaire. L'ouverture opératoire de l'apophyse montra le sinus dénudé et fongueux, mais non thrombosé. La palpation ne permit pas de s'assurer de l'existence d'une phlébite cervicale. Après quelques jours d'accalmie consécutive à l'évidement la température se releva, en même temps qu'apparaissait sous le sterno-mastoïdien, à la partie tout inférieure du cou, un abcès du volume d'un œuf de poule. A l'incision, qui donna issue à une grande quantité de pus crémeux, jaune et bien lié, on reconnut l'abouchement dans la poche de plusieurs canaux veineux, affluents nouveaux de la jugulaire interne, d'où la pression faisait sourdre du pus. Guérison consécutive sans incidents de tous les troubles, sauf une tachycardie persistante, attribuable suivant toutes probabilités à une parésie du pneumogastrique, englobé dans l'atmosphère inflammatoire péri-veineux. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Brieger, qui considère comme habituellement inutile la ligature de la jugulaire dans les thrombo-phlébites otitiques.

DE PONTIÈRE (Charleroi). — **Chondrite et périchondrite crico-thyro-aryténoidienne, complication de fièvre typhoïde. Trachéotomie. Guérison.** — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans qui, au cours de sa convalescence de fièvre typhoïde, fut pris de raucité, tirage et dysphagie progressifs, en même temps que tout le larynx augmentait énormément de volume et devenait très douloureux à la pression. Le pharynx est très rouge, l'épiglotte infiltrée, le vestibule et les bandes ventriculaires ont une muqueuse énorme qui empêche d'apercevoir les cordes vocales, les aryténoïdes sont également augmentés de volume, rouges et immobilisés. Tous ces symptômes sont plus accusés à droite. Au bout de quelques jours,

la situation était devenue critique, trachéotomie basse. Le malade, qui était très cachectique, son poids étant descendu de 62 à 42 kilogrammes, reprit de jour en jour dès l'intervention. La canule fut laissée en place 3 mois 1/2. Il persiste seulement un peu d'ankylose crico-aryténoïdienne droite.

L'intubation, d'ailleurs impraticable dans ce cas, eût été contre indiquée pour éviter l'ulcération de la muqueuse et ses conséquences cicatricielles.

TRÉTROP (Anvers). — I. Six cas d'abcès enkystés du lobule du nez avec examen bactériologique. — Trétrop a rencontré, au cours de ces quatre dernières années, une demi-douzaine de ces abcès qui seraient plutôt rares et peu décrits.

Comme symptômes, on observe de la rougeur et une augmentation de volume du lobule qui, luisant et arrondi, prend l'aspect d'une grosse cerise. La tumeur est plus développée vers la narine par où s'est faite l'infection. La douleur et la fièvre sont très modérées. L'abcès pour se constituer réclame de six à huit jours. Le pus examiné dans tous les cas a donné du staphylocoque.

L'infection se fait par grattage du vestibule nasal ou par l'arrachement d'un poil ou d'une croûte. Les staphylocoques du vestibule sont l'agent pathogène.

Le traitement, pour éviter les cicatrices, consiste à inciser après cocaïnisation dans l'angle antérieur du vestibule et à drainer, à la gaze iodoformée pendant vingt-quatre heures. Les cas ont surtout été observés chez les enfants.

II. De l'utilisation des voies naturelles du sinus maxillaire pour le diagnostic de l'empyème et son traitement. — Trétrop a constaté au cours de ses recherches cliniques et sur les coupes anatomiques que la meilleure forme à donner à la sonde pour le cathétérisme du sinus maxillaire est celle de la sonde d'Itard, à une seule courbure par conséquent, faite d'un tube conique pour atténuer les frottements du jet liquide et avoir une force d'écoulement suffisant. Un index repère la situation du bec en tout temps.

Après cocaïnisation du méat moyen, on introduit la sonde dans la direction de ce méat, le bec en haut, en suivant une ligne fictive qui couperait dans son tiers inférieur l'angle formé par deux plans passant l'un sous la cloison nasale, l'autre sur le dos du nez. Parvenu à 5 ou 6 centimètres de l'orifice des fosses nasales, on fait basculer doucement le bec vers l'extérieur pour le rendre horizontal. On s'assure qu'on est dans le sinus en tirant

légèrement la sonde en avant et en la repoussant de même en arrière. On tourne alors la sonde pour amener son bec un peu obliquement en bas et en dehors.

On peut projeter par son canal un jet liquide puissant qui y crée un vif remous et fait sortir ce qui s'y trouve.

La sonde de Trétrôp sert au diagnostic et au traitement.

Pour le diagnostic, son emploi constitue un signe de certitude indolore, facilement accepté du malade. On utilise le phénosalyl faible ou la solution physiologique.

Pour le traitement, l'auteur emploie les lavages à l'eau physiologique, suivis, quand ce liquide ressort clair, d'une injection de 15 à 20 centimètres cubes d'eau oxygénée neutre. Ceci est répété tous les jours ou tous les deux jours.

Trétrôp a soigné et guéri un assez grand nombre de cas par ce procédé. Il en relate 5 dont le dernier est non plus un empyème, mais une sinusite aiguë guérie entièrement depuis six mois.

L'auteur a choisi l'eau oxygénée parce qu'il attribue aux germes anaérobies le rôle prépondérant dans la genèse des sinusites et empyèmes. Il croit que toute la bactériologie des sinusites est à refaire, en tenant compte de l'anaérobiose. Il en est de même pour les complications endocraniennes des otites.

Le procédé de cathétérisme ne devient impossible que dans les fosses nasales très étroites, ce qui est plutôt l'exception. Il permet dans nombre de cas d'empyème d'arriver au diagnostic et à une prompt et complète guérison.

III. Un nouvel appareil pour l'aérothermothérapie. — Trétrôp utilise depuis ces dernières années, un appareil simple constitué par une soufflerie et un appareil de chauffe.

La soufflerie est faite d'un de ces gros doubles ballons en caoutchouc de nos pulvérisateurs. Une pédale le comprime à chaque révolution du moteur, le caoutchouc par son élasticité fait l'aspiration.

L'appareil de chauffe est fait de trois serpentins en cuivre rouge entourant chacun une petite lampe électrique, le tout soigneusement isolé à l'amiante.

La température se règle en augmentant ou en diminuant le débit de la soufflerie par le régime de vitesse du moteur et en réduisant le passage du courant dans les lampes ou en les éteignant momentanément.

L'appareil donne de l'air chauffé à 70 ou 80°, il peut donner moins ou davantage au gré de l'opérateur.

HENNEBERT (de Bruxelles). — Labyrinthite double. Réflexe motoculaire.

CLAOUÉ (Bordeaux). — Contribution au traitement des déviations de la cloison par la résection sous-muqueuse. — C'est surtout la vulcanisation de l'adrénaline qui a fait revivre cette méthode si rationnelle. La résection fenêtrée de Krieg ne saurait être, en raison de la longueur des soins post opératoires, préférée au procédé combiné qui emprunte à Petersen la conservation des deux muqueuses et à Krieg la résection profonde de tout le septum dévié. Une asepsie rigoureuse est indispensable. L'anesthésie générale complique l'opération et doit être l'exception. Trouvant les badigeonnages insuffisants, l'auteur préfère l'injection de cocaïne qui est le secret pour mener vite et bien l'intervention.

L'incision est faite non au galvano, mais au bistouri, ce qui permet d'obtenir une guérison par première intention. La libération des muqueuses sera facile si on s'insinue bien sous le péri-chondre. Le meilleur écarteur des muqueuses est le speculum de Killian pour la rhinoscopie médiane et que Killian a eu l'heureuse idée d'employer aussi dans ce but ; il facilite considérablement l'opération. Pour réséquer le cartilage, Claoué utilise un septotome, qui est un ciseau de Bresgen réduit de volume. Les résultats fonctionnels sont bons, s'il n'y a pas au préalable atrophie d'un cartilage. Dans les cas de scoliose du dos du nez avec déviation latérale du lobule, Claoué recommande de faire sur le bord antéro-supérieur du cartilage respecté, deux ou trois incisions allant jusque sous la peau du nez, au besoin de réséquer un coin vertical de cartilage.

CASTEX (de Paris). — Un cours d'orthophonie ; ses résultats. — Castex porte à la connaissance de ses collègues, les premiers résultats d'un cours gratuit d'orthophonie qu'il a fait organiser avec le concours des professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Ce cours a pour but de traiter les divers troubles de la parole et de la voix (retards de langage, bégaiement, blésités diverses, défauts de prononciation, raucités vocales, voix eunuchoïdes, etc. — Ouvert depuis un an, il a reçu déjà une centaine d'enfants des écoles de la ville. Les premiers résultats sont très encourageants. Ils ont donné 70 % d'améliorations marquées.

C. J. KENIG (Paris). — De l'emploi des « salivoids »

comme pansement dans la chirurgie endo-nasale. — Un hasard, une erreur de commande, fit tomber entre mes mains une boîte de ces petites plaques quadrilatérales que je vous fais passer et que les dentistes appliquent contre l'orifice du canal de Stenon pour arrêter et absorber la salive pendant une aurification rapide. Elles sont fabriquées par la maison Johnson et Johnson, de New Brunswick, Etats-Unis, sous le nom de « salivoids » et sont des petites plaques comprimées faites de coton très absorbant et recouvertes de toile sur leurs deux faces.

Quand on les plonge dans l'eau, elles se gonflent à 40 ou 50 fois leur épaisseur à l'état sec, mais on peut les fendre facilement avec un couteau en lames plus ou moins fines pour obtenir après imbibition l'épaisseur désirée. Elles peuvent être stérilisées à l'étuve sèche.

J'eus l'idée de les essayer comme pansement endo-nasal après section d'adhérences, ablation de crêtes, redressement de la cloison, résection sous-muqueuse pour déviation, etc., et j'ai tout lieu d'en être satisfait. Pour les synéchies on a recommandé, tour à tour, la gaze antiseptique, les petits rouleaux de coton, les plaques en carton (cartes de visite Krakauer), en caoutchouc (Heymann), en étain (B. Frankel), en métal (Reichert, Winckler), en celluloïde (Zarniko), des tampons cylindriques en argent (Sturmman). Tous ces pansements ont leurs inconvénients ; les uns, comme la gaze, prédisposent aux empyèmes des sinus et adhèrent aux granulations qu'ils ne refrènent pas, les faisant facilement saigner quand on les retire, les autres étant trop durs irritent la muqueuse, produisent de la réaction inflammatoire, ou glissent de la position où on les avait mises. Puis ils n'empêchent pas toujours les hémorrhagies.

Le petit pansement que je vous présente évite tous ces inconvénients et, en plus, a l'avantage, en se dilatant, d'écarter les tissus et d'être tenu ainsi fermement en place. Il s'appuie contre les cornets et la cloison n'encombre pas les méats et ainsi ne bouche pas les ouvertures des sinus. Quinze à vingt minutes après son introduction, il est gonflé au maximum, mais on peut le faire gonfler immédiatement en pulvérisant dessus un liquide quelconque. Il est alors très doux et ne produit pas de douleur si on n'introduit pas une couche trop épaisse. Il peut rester longtemps dans le nez sans se décomposer si on a soin de l'antiseptiser par une pulvérisation faite deux ou trois fois par jour. On le retire avec la plus grande facilité et sans faire saigner la plaie en le saisissant avec une pince.

Je le sou mets à votre appréciation et crois que vous en serez aussi satisfaits que moi.

A. MALHERBE (de Paris). — Les rhino-pharyngiens. Principaux types cliniques chez l'enfant. — Sur le nombre total des enfants qui sont venus nous consulter pour des maladies du larynx, du nez et des oreilles, soit 4.187, plus des trois quarts, soit 3,278 étaient atteints d'affections du rhino-pharynx, constituant ce que l'on pourrait nommer la grande classe des *rhino-pharyngiens*.

Ces rhino-pharyngiens nous ont paru pouvoir rentrer dans cinq types cliniques principaux répondant eux mêmes à cinq formes anatomo-pathologiques distinctes. Ce sont : 1° Le type à troubles respiratoires et nutritifs. Nous avons pu faire rentrer dans cette forme lymphoadénoidienne 2.184 malades ; 2° Le type à troubles auriculaires, à ce groupe salpingo-tympanique ressortissent 875 malades ; 3° Le type à troubles adénopathiques, d'où résulte la forme ganglionnaire qui s'est rencontré dans 132 cas ; 4° Le type à troubles réflexes, donnant lieu à la forme laryngo-spasmodique. Ce type s'est montré dans 52 cas ; 5° Enfin le type des faux adénoidiens, constitué par l'étroitesse congénitale du rhino-pharynx et la saillie anormale d'un corps d'une vertèbre cervicale. Nous en avons observé 35 cas.

Grâce au *toucher rhinopharyngien*, qui constitue un élément de diagnostic aussi utile que les touchers vaginal et rectal, il nous a été possible, non seulement de reconnaître l'existence des lésions du rhino-pharynx, mais encore de déterminer leur siège exact. Parmi ces rhino-pharyngiens, 1107, c'est-à-dire *plus du tiers* ont été traités chirurgicalement. Les autres ont reçu des soins médicaux. Cette statistique, en même temps qu'elle montre la fréquence des affections du rhino-pharynx, chez l'enfant, est de nature à faire ressortir la grande importance de leur traitement chirurgical.

MAHU. — La méthode la plus simple de panser les évidés. — (Sera publié *in-extenso*).

RUAUT. — Les injections intra-trachéales dans la tuberculose laryngée et pulmonaire. — Ruaut emploie, depuis quatorze mois, cette méthode de traitement, trop négligée malgré les avantages certains qu'elle présente.

La formule qui lui a donné les meilleurs résultats est la suivante :

Acide cinnamique 1 gramme.

Faire dissoudre à *chaud* dans 50 grammes d'huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée. Ajouter immédiatement :

Essence de myrthe, 5 grammes.

Huile d'olives lavée à l'alcool et stérilisée, q. s. p. f. 100 c. c.

Agiter et laisser refroidir.

Ruault injecte, tous les jours ou tous les deux jours, 10 centimètres cubes de cette solution dans la trachée, par le procédé du cathétérisme laryngé avec une seringue à longue canule mousse.

Ces injections calment la toux, facilitent la respiration, et donnent au malade une sensation persistante de bien-être qui en font un adjuvant précieux du traitement local de la tuberculose laryngée et un traitement palliatif utile de celle du poumon.

LANNOIS (Lyon). — **Paralysie faciale récidivante et paralysie faciale à bascule d'origine otique.** — L'auteur rapporte un cas de paralysie faciale périphérique qu'il a déjà publié, il y a plus de 10 ans, comme exemple de paralysie faciale d'origine otique et qui vient d'avoir une récidive dans laquelle une nouvelle inflammation de l'oreille moyenne jouait un rôle manifeste.

Les paralysies à bascule plaident aussi en faveur de l'origine otique, car elles indiquent des conditions anatomiques symétriques du nerf dans la partie de son trajet où il est en rapport avec l'oreille moyenne. Il en rapporte deux cas.

Cette communication n'a pour but que de rappeler l'attention des praticiens et des neurologistes sur une des conditions étiologiques de la paralysie faciale à laquelle des travaux récents ne semblent pas avoir attribué toute l'importance qu'elle mérite.

LABARRIÈRE (Amiens). — **Sarcome du larynx. Laryngectomie totale.** — Présente au nom de Panchet et au sien le larynx d'un malade atteint de sarcome. L'analyse histologique a démontré qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé à grosses cellules fusiformes très proliférantes.

Le malade, âgé de 44 ans, présentait des troubles si graves de la respiration, de la déglutition et de la phonation qu'il accepta la laryngectomie totale qui lui fut proposée.

Panchet pratiqua cette opération le 24 novembre 1904 et voici le résumé de la technique qui fut suivie :

1° Incision en T au-devant du cou. Dénudation et isolement de la trachée ;

2° Section de la trachée en un biseau taillé aux dépens de la partie antérieure ;

3° Dénudation et enlèvement du larynx ;

4° Reconstitution de la paroi antérieure de l'œsophage ;

5° Fixation de l'orifice trachéal à la peau, suture de cette dernière et drainage.

Les suites opératoires furent excellentes. Au bout de trois semaines, le patient abandonna sa sonde œsophagienne et pouvait avaler une cuisse de poulet ou une côtelette.

C'est aussi un privilégié en ce sens qu'il possède une voix chuchotée qui lui permet de se faire comprendre.

LAFFITE-DUPONT (Bordeaux) a constaté l'augmentation de la pression artérielle chez des otoscléreux purs, suspects d'artériosclérose héréditaire et présentant des troubles que l'on attribue à la compression labyrinthique (bourdonnements, vertiges, surdité). Chez ces mêmes malades la ponction lombaire fait baisser la pression artérielle qui semble diminuer d'autant plus qu'elle est plus élevée avant la pression. Dans un cas les troubles auriculaires se sont amendés à la suite d'une ponction lombaire.

COLLET (de Lyon). — Une complication imprévue de la galvano-cautérisation du pharynx. — Un vieillard, atteint de paralysie glosso-labiale cérébrale incomplète, déclare que cette paralysie a succédé à deux attaques d'hémiplégie. La première de ces attaques est survenue le soir même d'une cautérisation du pharynx au galvanocautère, la seconde le lendemain d'une cautérisation identique pratiquée six mois après par un autre spécialiste. Un ou deux ans après, le malade a été frappé d'hémianopsie ; sans cause appréciable cette fois. Il s'agit évidemment de thrombose artérielle cérébrale dont la cautérisation a pu être, deux fois, la cause occasionnelle. Mieux vaudrait donc s'abstenir de ce mode de traitement chez les vieillards fortement athéromateux.

CHAVANNE et TROULLIEUR. — De la section intra-cranienne du nerf auditif. — (Sera publié *in extenso*).

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

E. LOMBARD, rapporteur. — Les indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales (publié *in-extenso*).

Discussion

SAINT-CLAIR THOMPSON (Londres). — **Sinusite frontale. Deux cas de mort post-opératoire.** — Les deux cas rapportés par Saint-Clair Thompson sont déjà anciens et datent d'une époque où l'on ne connaissait ni la complexité, ni l'importance des suppurations ethmoïdales accompagnant les sinusites frontales, et où l'on n'avait pas non plus une technique appropriée à leur opposer.

L'intérêt de ces cas est qu'ils prouvent jusqu'à l'évidence l'importance d'une opération complète, opération qui doit porter d'emblée sur toutes les suppurations des cavités annexes. Le danger d'une intervention incomplète est qu'elle ouvre la porte à l'infection ostéomyélique. Cette infection peut progresser infiniment lentement mais fatalement (un an et demi et trois ans après l'opération dans les observations de l'auteur). Les lésions les plus difficilement atteintes sont celles de l'ethmoïde. Dans les sinusites frontales graves c'est là le point important et en conséquence, l'auteur confirme en tout point l'opinion de Luc, qui n'a pas hésité à préférer la méthode de Killian à la sienne propre.

MOURE. — Depuis l'époque où Luc a fait sa première communication, la question des sinusites frontales a fait de grands progrès et on a le droit de dire que c'est à lui que la cure chirurgicale doit de s'être répandue partout. Depuis quelques années, les procédés sont devenus extrêmement nombreux et le temps est venu de simplifier la question de la cure radicale des sinusites frontales. Il ne faut pas être absolu, mais modifier sa pratique selon les cas. C'est ainsi que, pour les sinus petits, sans complications, on se trouvera toujours bien de la méthode d'Ogston Luc, qu'il faudra au contraire des délabrements plus considérables et proportionnés quand on aura des grands sinus avec des prolongements, avec ethmoïdite.

MOURET (Montpellier) estime que l'on doit faire une grande part aux préoccupations esthétiques et qu'en cas de grand sinus, on doit faire la résection totale de la paroi antérieure seulement si elle est atteinte d'ostéite, en se contentant d'ouvrir le sinus juste assez pour que le curettage soit complet.

Les récidives viennent la plupart du temps du traitement insuffisant de l'ethmoïdite. On ne peut aborder l'ethmoïde antérieur qu'en réséquant la branche montante du maxillaire supérieur.

Luc voudrait seulement parler de trois points spéciaux présen-

tant un intérêt pratique : 1^o la discussion actuelle a montré une fois de plus l'influence néfaste des opérations incomplètes, d'où découle la nécessité des opérations complètes ; 2^o la méthode de Killian seule permet d'aborder l'ethmoïde au point où couve l'incendie, la large résection de la paroi antérieure permet de découvrir des prolongements qu'on n'aurait pas soupçonnés autrement ; 3^o tout en continuant à être partisan du drainage nasal exclusif, la plupart du temps, Luc y ajoute aujourd'hui un drainage externe quand le sinus est étendu.

JACQUES (Nancy). — De la cure opératoire des sinusites frontales chroniques associées. — Préconise pour la cure des polysinusites chroniques avec participation de la cavité frontale, une méthode dérivée de son procédé de cure radicale de la sinusite frontale isolée.

L'attaque a lieu par la voie orbitaire et comporte la suppression totale du plancher sinusien, suivie de la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et, au besoin, de l'os nasal jusqu'à l'orifice piriforme. Le labyrinthe ethmoïdal est extirpé en totalité ; le sinus sphénoïdal, ouvert par destruction de sa paroi antérieure ; enfin l'antre d'Highmore, cureté par la même brèche après suppression de toute la portion supra-turbinale de la paroi nasale. L'opération est complète en une séance ; elle est radicale si elle a été minutieuse, notamment en ce qui concerne les cellules ethmoïdales les plus antérieures. Elle supprime en outre toute déformation extérieure. Pour ce qui est des indications, Jacques est devenu beaucoup plus réservé et se refuse à opérer les cas se manifestant uniquement par la rhinorrhée.

DUNDAS GRANT a eu aussi à déplorer des désastres opératoires. Il insiste sur la nécessité de faire d'emblée une intervention complète en particulier sur l'ethmoïde ; la méthode de Killian permet d'obtenir ce résultat. Il ne faut pas opérer toutes les sinusites et réserver une large part au traitement conservateur (résection du cornet et lavages).

MOLINIÉ, à propos de la bénignité de certaines sinusites apporte une statistique personnelle intéressante. Sur quinze malades de sa clientèle privée, malades atteints de sinusite frontale et non opérés, et qu'il a suivi depuis dix ans, un seul est mort et pour une cause tout à fait indépendante. Molinié se déclare partisan du drainage externe outre le drainage endonasal.

CASTEX (Paris). — Opération d'une sinusite frontale à com-

plications rares. — Relate d'abord deux cas de mort par méningite, à la suite d'opération de sinusites frontales mais survenues plusieurs semaines après l'intervention alors qu'une grande amélioration immédiate faisait espérer la guérison. Il explique ces méningites par la dissémination des germes infectieux à la suite de l'ouverture de voies sanguines et lymphatiques.

Il communique ensuite un troisième cas à complications exceptionnelles, mais terminé par guérison. Femme de 35 ans, très nerveuse atteinte de sinusite frontale grippale à droite. Première intervention compliquée d'un érysipèle bénin à distance sur le côté correspondant du cou. Deuxième intervention trois mois après, nécessitée par l'infection isolée d'un sinus accessoire. Enfin un mois plus tard, phénomènes graves simulant une méningite septique et dissipés par l'ouverture large des cavités frontales et ethmoïdales non suppurées.

Castex pense que ces phénomènes peuvent être considérés comme un cas de *méningisme* chez un sujet très prédisposé par son tempérament nerveux.

LERMOYEZ. — On ne peut nier que la cure radicale d'une sinusite frontale soit une opération grave, qui met jusqu'à un certain point en danger la vie du malade. Certaines morts opératoires sont de véritables désastres pour la rhinologie. Quelle impression doivent donner de nous aux médecins généraux des faits tels que le suivant, qui ne sont malheureusement pas inconnus ?... « Patient « bien portant, ayant depuis plusieurs années un prétendu coryza « chronique, dont il n'éprouve d'autre gêne que de se moucher « trop souvent : pas de douleurs, pas d'autres phénomènes entraînant son existence... Découverte fortuite d'une sinusite frontale « par un rhinologiste : trépanation du sinus frontal, méningite « post-opératoire, mort. »

Il faut donc accepter ce fait qu'une cure radicale d'une sinusite frontale est chose sérieuse, et plutôt que de vouloir le dissimuler, mieux vaut chercher à en connaître les raisons. Cependant les rhinologistes auraient tort de faire uniquement retomber sur eux-mêmes la responsabilité des cas malheureux et de s'accuser toujours d'avoir manqué d'asepsie ou d'avoir pratiqué une intervention incomplète : attendu qu'une opération bien propre et bien achevée peut tuer le patient. En voici une des raisons qui ont trop peu attiré l'attention.

Hinsberg ayant perdu de la sorte un de ses malades, emporté par une méningite opératoire précoce, bien qu'à l'autopsie la paroi profonde du sinus frontal parut saine, exempte de perforations

ou de fissures, examina au microscope cette paroi osseuse, et il y trouva une thrombo-phlébite des veines intra-osseuses qui conduisait l'infection aux veines méningées.

Il faut, dans ce cas, comme dans d'autres accuser la curette qui racle les parois du sinus frontal et qui infecte toute sa surface osseuse ainsi érodée avec les microbes qu'elle puise dans les fongosités. Je suis d'autant plus convaincu de cet effet néfaste de la curette que dans presque tous les sinus frontaux que j'ai ouverts pour la première fois j'ai trouvé la corticale interne blanche et saine, et qu'au contraire, dans les interventions pour récidives, j'ai trouvé cette même paroi rouge, friable, atteinte d'ostéite diffuse. S'il est vrai qu'il est nécessaire de nettoyer à fond un sinus frontal fongueux, cependant faut-il savoir qu'il est de haute importance que la curette y soit promenée avec la plus grande douceur : car il s'agit non pas de gratter l'os, mais simplement de balayer des fongosités.

D'autre part, il ne paraît pas qu'une sinusite frontale chronique mette la vie en danger à un tel point qu'on le suppose. Comme les documents manquent à ce sujet, on a conclu pour le sinus frontal par analogie avec ce qui se passe à l'oreille : et l'on a dit que toute suppuration frontale est une menace permanente pour l'encéphale. Or, ces deux points ne sont pas comparables. Nous savons aujourd'hui que la grande majorité des méningites qui succèdent aux suppurations de l'oreille moyenne dérive d'une pyolabyrinthite intermédiaire : le labyrinthe est un trait d'union entre la caisse et le crâne, qui offre au pus une voie de passage facile et préexistante. Aucun intermédiaire semblable n'existe entre le sinus frontal et les méninges : pour cette raison, il semble qu'on ne doive pas exagérer la gravité des sinusites frontales chroniques. En tous cas, je n'ai pas entendu dire encore qu'un seul des malades de ma clientèle, qui avait refusé la cure opératoire d'une sinusite frontale chronique ait encore succombé à des accidents cérébraux.

Opération plus grave qu'on ne croit ; d'un côté, affection moins terrible qu'on ne pense, d'un autre côté : voilà qui donne à réfléchir avant de se laisser aller à un acte opératoire qui, de plus, va plus ou moins défigurer le patient. Aussi bien devrait-on apporter plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici au chapitre des contre-indications : l'indication opératoire allemande *alles was fliesst* ne convient pas à notre tempérament plus clinicien.

Le grand reproche que fait la médecine générale à la spécialité de restreindre son horizon à la seule région où elle évolue, se

trouve ici justifié : il est une contre-indication opératoire dont les traités de rhinologie semblent bien peu se soucier, et c'est la question de terrain. De ce côté doit se porter notre attention bien plus qu'elle ne l'a fait jusqu'ici.

Parmi les *contre-indications* à opérer deux me semblent dignes d'attention :

1° Dans certains cas suraigus de sinusite frontale, la fièvre s'allume, les douleurs deviennent extrêmes et une tuméfaction rapide gonfle la peau du front, ferme l'œil et s'étend. On dirait une lymphangite aiguë. Que faire ? opérer d'urgence ? je ne le crois pas. Il n'est pas prudent surtout à la face, de plonger le bistouri dans une peau lymphangitique. En pareil cas, je m'abstiens : je couvre le front de pansements humides et chauds très souvent répétés, et j'attends ; les accidents tumultueux se calment assez vite, la sinusite frontale se refroidit. Quand ce résultat est obtenu, j'opère à froid dans de meilleures conditions, à moins que l'amélioration soit telle qu'il ne soit plus nécessaire d'intervenir du tout.

2° Autre contre-indication. Ce sont les cas fréquents de sinusite chronique insoupçonnée, considérée comme un simple rhume chronique, n'occasionnant à son porteur ni gêne, ni douleurs, et découverte par hasard par un examen rhinologique, qu'une autre chose nécessite. Lancera-t-on de propos délibéré de tels malades dans les risques d'une opération ? Pour ma part, je ne l'oserais pas. En pareil cas, j'éclaire le patient sur la nature de son mal : généralement il se refuse à toute opération, et, comme lui, je m'abstiens. C'est sur ce dernier point qu'on a si souvent l'occasion de discuter en clientèle, que je désirerais avoir l'avis de notre rapporteur.

LOMBARD. — Je n'opère d'emblée que les sinusites graves, les autres sont justiciables du traitement conservateur.

BROECKAERT (Gand). — *Nouvelles recherches histologiques sur le sort définitif de la paraffine injectée chez l'homme.* -- Dans un travail tout récent, Eschweiler (de Bonn) ayant examiné un bloc de tissu contenant de la paraffine injectée, un an auparavant, dans un but de prothèse nasale, conclut à la résorption complète de la paraffine au bout d'un temps plus ou moins long. Cette résorption se fait par l'intermédiaire des cellules géantes qui transforment la masse prothétique en tissu fibreux.

Broeckeaert a contrôlé ces assertions et, dans ce but a étudié un

cas dans lequel il avait injecté, trois ans auparavant, de la paraffine fusible vers 55° pour oblitérer une fistule mastoïdienne.

Examen de ses coupes démontre que la paraffine est entourée, dans ce cas, d'une coque fibreuse résistante. Aucune des alvéoles n'est pénétrée par du tissu organisé : il n'y a ni cellules géantes, ni vaisseaux, ni tissu fibrillaire. Il est donc certain que la paraffine, à point de fusion élevé, finit par s'enkyster et rend toute résorption ultérieure impossible : d'où la conclusion de choisir, pour la prothèse externe, de la paraffine à point de fusion environnant 50° et d'injecter, autant que possible, en bloc, en préparant pour ainsi dire la logette dans laquelle on déposera la paraffine.

MAHU présente une nouvelle seringue pour l'injection de la paraffine à froid. Il dit les bons résultats de cette méthode dans l'ozène.

LOMBARD croit que conformément à l'avis de B..., il est utile d'employer des paraffines à fusion d'un degré aussi bas que possible, pour la prothèse endo-nasale.

MOURE (Bordeaux). — Contribution à l'étude des abcès du cerveau. — Après quelques considérations sur les difficultés qu'il y a dans bien des cas à poser le diagnostic hâtif de collections purulentes de l'encéphale, Moure rapporte en détail, une série de cas observés par lui dans le courant de l'année qui vient de s'écouler.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme âgé de 32 ans qui fut envoyé à son service de l'hôpital du Tondu, le 15 novembre 1904, pour une otorrhée gauche datant de l'enfance. Au moment où le malade se présente on constate les signes d'une mastoïdite et probablement de complications endo-crâniennes ; le malade se plaint, en effet, de douleurs violentes dans la tête, douleurs empêchant le sommeil ; depuis huit jours, il a des vomissements qui se renouvellent après chaque repas, pas d'état fébril, mais aspect fatigué, constipation opiniâtre, il urine assez bien ; le pouls est à 64, régulier et normal, point de signes de méningite.

A la cure radicale, Moure trouve une vaste loge cholestéatomateuse remplissant l'antre et la caisse, en ouvrant le toit de cette dernière, on fait sortir du pus fétide sous pression, sous forme de battements, la dure-mère est fongueuse, toute cette région largement ouverte est curetée ; mais le malade un moment amélioré présente de nouveaux signes de localisation, tels que paraphasie, cécité verbale, etc., qui font porter le diagnostic d'abcès cérébral. Une nouvelle intervention est faite qui ramène une quantité de pus fétide sortant du cerveau, le pouls un moment tombé à 54

revient à 80, le malade s'améliore pendant les deux ou trois jours qui suivent, puis il ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouve un vaste abcès du lobe cérébro-sphénoïdal gauche, dont Moure montre les pièces à la Société.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui se présente le 28 février 1903, à la consultation de l'hôpital, se plaignant d'une céphalée violente et d'un écoulement de l'oreille gauche datant de son enfance. Malgré les instances de Moure, cette jeune fille refuse d'entrer à l'hôpital, on lui prescrit simplement un traitement, quatre ou cinq jours plus tard, lorsqu'elle revient elle souffre de la tête, d'une façon plus violente ; on insiste à nouveau pour qu'elle voulût rentrer à l'hôpital, elle refusa encore, puis elle se décida sans rien dire, et fut admise dans un service de médecine où on la garda pendant quelques jours, après l'avoir soignée pendant quatre à cinq jours on pria Moure de l'examiner, celui-ci constata les signes d'une complication endo-crânienne sans préciser les caractères de cette dernière, il la fit transeater dans son service le samedi, décidé à l'opérer le lundi suivant. La fillette répondait alors très bien aux questions qu'on lui posait, et en dehors de sa céphalée et d'une température élevée à forme pyohémique, elle ne présentait aucun autre trouble malade. La vue-était bonne.

Le dimanche matin, c'est-à-dire le lendemain de son transeat, elle fut prise d'une crise épileptiforme qui dura quelques instants et elle succomba. A l'autopsie, on trouva un vaste abcès ayant également détruit presque tout le lobe temporal-sphénoïdal gauche ; Moure présente également le cerveau de cette malade.

Le troisième cas, concerne une fillette âgée de 8 ans qui reçut au mois de septembre 1904, un traumatisme dans la région temporale faite avec une pelle à charbon. A la suite, cette enfant présentait des signes de méningite qui furent soignés par le médecin traitant, puis à partir de cette époque, elle fut atteinte de crises douloureuses revenant par accès, accompagnés de vomissements, elle maigrit assez rapidement sans toutefois que l'on songeât à prendre la température, elle était également constipée. Au moment de l'examen, Moure la trouva couchée en chien de fusil dans son lit, en proie à des crises douloureuses, violentes, ayant toujours de la constipation ; il pensa qu'il devait s'agir de collections endo-craniennes, peut-être même intra-encéphaliques et proposa la trépanation qui fut acceptée et pratiquée deux jours plus tard.

Cette opération mena sur une plaie osseuse de la région temporale qui coïncidait avec une plaie méningée au travers de laquelle

passait une masse fongueuse, formée de tissu fibreux organisé, par lequel rien ne s'écoulait; le stylet même ne pouvait y pénétrer; une ponction faite à ce niveau ramena du pus. On fit alors une large incision dans le cerveau, il sortit une quantité considérable de pus, l'abcès avait environ le volume d'un petit œuf de poule, il était entouré d'une membrane limitante qui fut écouvillonnée et nettoyée avec de l'eau boricuée d'abord, puis avec une solution au chlorure de zinc au 1/10. Ceci fait un drain fut placé dans la cavité et maintenu à l'aide d'une suture à la peau. L'enfant guérit de cette intervention, toutefois bien qu'ayant engraisé, et repris sa gaieté première, elle présente encore de temps à autre des crises douloureuses avec des vomissements revenant à des intervalles irréguliers, dus probablement à un foyer de pachyméningite s'étant formé autour de l'ancien abcès.

Le quatrième cas est peut-être plus intéressant que les précédents parce qu'il a trait à une erreur de diagnostic. Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans qui entra le 31 janvier 1905 dans le service du Prof. Demons pour un traumatisme reçu au niveau de la région frontale gauche, la plaie du cuir chevelu guérit assez rapidement, le malade semblait même complètement rétabli, lorsqu'il se plaignit de douleurs du côté de l'apophyse mastoïde et de l'oreille gauche, côté lésé. Moure fut prié d'examiner ce malade qui, depuis deux jours, lui dit-on, était atteint d'aphasie et de cécité verbale; à l'examen, on trouva le malade couché dans son lit en chien de fusil, dans le coma, par conséquent ne répondant plus aux questions qu'on lui posait, il poussait de temps à autre des gémissements plaintifs, sa température était normale, mais son pouls était tombé à 48 par minutes, il était de temps à autre agité de tremblements convulsifs à forme épileptoïde; en présence de la marche rapide de ces troubles fonctionnels, Moure et Brindel qui assistaient à l'examen, posèrent le diagnostic d'abcès cérébral et jugèrent qu'une opération était urgente. Le Prof. Demons empêché de faire l'opération, pria son chef de clinique, Bouvier de vouloir bien le remplacer. Le malade fut rasé, lavé et porté sur la table à opérations; mais au moment où on lui administrait les premières bouffées de chloroforme, il sortit de sa torpeur, reprit la parole et refusa toute intervention. Bouvier s'approcha alors du malade l'interrogea et s'aperçut bien vite qu'il était en présence d'un hystérique. C'était paraît-il la troisième fois que pareille opération avait failli être pratiquée sur ce même malade, qui déjà dix à quinze fois antérieurement avait présenté les mêmes troubles cérébraux.

Ce fait intéressant me parait être assez rapproché des cas publiés par d'autres auteurs, en particulier par Bouyer fils, Furet et Chavanne, ils méritent d'appeler sérieusement notre attention et doivent nous rendre très circonspects toutes les fois que nous nous trouvons en présence de malades que nous n'avons pu suivre d'une façon régulière et par conséquent auprès desquels il n'est pas toujours facile de poser un diagnostic précis.

CASTEX. Pour le diagnostic de la névrose simulant l'accès intracranien, un élément important est la courbe thermique, normale et régulière dans l'hystérie, et l'inverse dans l'hystérie.

BOULAY a trépané une femme déjà évidée et guérie pour des accidents névropathiques, surtout douloureux et convulsifs, non accompagnés de température. La ponction du cerveau fut absolument négative. La malade fut cependant guérie, au moins pour un certain temps.

Au cours de la session ont été nommés membres titulaires :

MM. Guiset, Maurice Bloch, Fiocre, Dardel, Faussié, Vaquier, Cornet, Roure, Vidal, Bichaton, Trivas, Lafite, Dupont, Durand, Dieu, Bargy, Roget et membres correspondants MM. Pugat de Genève, Margulies de Jarry, Zarfidjian de Constantinople, Wylie de Londres, Chicèle, Nourse de Londres, Marapini de Smyrne.

M. Bonain a été nommé vice-président pour 1906.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Réunion annuelle des 17 et 18 juin.

1905

Compte rendu par le Dr O. Laurent, professeur à l'Université de Bruxelles.

I. *Pièces anatomiques.* — SCHIFFERS : 1° Pharyngomycose avec bacille fasciculé ; lésions de la base de la langue ; 2° Epithélioma de la luette ; 3° Papillome du larynx ; 4° Un cas d'abcès subdural d'origine otique ; 5° Un cas d'abcès cérébelleux, id. ; 6° Un frontal ; mort de sinusite frontale purulente.

HEYNINX. — 1° Fibrome trachéal ; coupe microscopique ; 2° Epithélioma perlé du lobule nasal ; coupes.

II. Instruments. — DELSAUX. — Amygdalotome automatique.

HEYNINX. — 1° Amygdalotome pour enfants ; 2° Contre-respirateur intra-buccal ; 3° Seringue pour injection trachéale.

DELSTANCHE. — Masque pour la narcose à l'éthylforme.

BROECKAERT. — Nouvel appareil destiné à stériliser les instruments tranchants : les plonger dans la vaseline phéniquée, puis les passer un instant dans la paraffine à ébullition.

DELSAUX. — Seringue à paraffine. — Broeckeaert fait remarquer que, seule la paraffine fusible à 45° peut être employée.

III. Présentation de malades. — 1° Garçon de 4 ans ayant subi le tubage, puis la trachéotomie pour diphthérie. Vaines tentatives d'enlèvement de la canule et de dilation du larynx, et sténose par traumatisme : thyrotomie et dilatation à la pince. La voix et la respiration reviennent à la normale, il y a plus de 1 an 1/2. Il y a quelque temps, on essaye la laryngoscopie, mais le chloroforme est nécessaire ; après quelques bouffées, année imposant la trachéotomie en un temps ; ablation de la canule le lendemain.

2° Schrapnell bilatérale avec cicatrisation spontanée d'un côté ;

3° Sinusite fronto-maxillaire droite. Opération de Killian et de Luc ; guérison rapide. Déformation extérieure nulle.

4° Fronto-ethmoïdite gauche opérée par le procédé de Killian avec dénudation de la méninge ; enlèvement de la totalité de l'ethmoïde. Déformation extérieure minime.

5° Hémiatrophie de la langue, probablement d'origine bulbaire.

6° Sténose trachéale par compression des lobes latéraux du corps thyroïde. Le laryngoscope montre nettement la trachée en fourreau de sabre.

BECO. — Fibrosarcome naso-pharyngien, inséré largement à gauche. L'arrachement, sans narcose, est resté incomplet malgré de nombreuses séances, le squelette étant comme infiltré par la tumeur. L'électrolyse, appliquée assez longtemps (quarante à cin-

quante séances), détermina l'atrophie aux points d'application, mais le néoplasme continue son développement en dehors de ces points.

HEYNINX et HAUCHANPS. — **Epithélioma perlé du lobule nasal.** — Application au total de cinq en cinq séances dans l'espace de trente-deux jours (rayons de pénétration 5) au radiochromomètre Benoist. Guérison.

DELSAUX. — **Cure radicale de sinusites multiples de la face.** — Opération en une séance avec incision externe, ablation de l'ethmoïde. Sortie quinze jours après. Déformation presque nulle.

BOVAL. — **Malade guérie d'une paralysie faciale otitique, complète.** — Il reste un léger lagophtalmos. Paralysie siégeant sous le ganglion pédiculé. *Traitement.* — Galvanisation et faradisation, soins locaux, etc. Guérison en trois semaines.

GORIS. — **Tumeurs du haut-pharynx.** — Présentation de trois opérés.

Fibrome naso-pharyngien : 1^o garçon de 12 ans. On commence par la résection temporaire du maxillaire supérieur après trachéotomie ; on trouve deux tumeurs, nasale et subjugale réunies, qu'imposent la résection totale ; 2^o Chondrome dégénéré vertébral (atlas et axis), trachéotomie, incision du voile du palais et enlèvement. Réunion par première intention.

3^o Homme atteint de sarcome nasal du volume d'une mandarine, avec fibrome du palais ; trachéotomie ; résection temporaire de la narine droite, ablation de l'ethmoïde avec la tumeur et extirpation de la tumeur du palais.

4^o Epithélioma du larynx : femme guérie depuis un an. La lésion était récente et cependant assez profonde pour imposer cette opération, alors qu'au laryngoscope la tumeur pourrait être considérée comme pouvant être extirpée par la voie endolaryngée. Consécutivement, laryngoplastie. De ses 9 cas opérés, c'est le seul qui lui ait été soumis à temps.

A cet égard, Goris, insiste sur la grande utilité et l'innocuité de la trachéotomie.

CHEVAL. — **Traitement chirurgical du cancer du larynx. Rapport.**

I. — Nous réservons le traitement palliatif aux cas strictement inopérables.

II. — Pour les autres, il faudrait que le médecin traitant fût moins souvent le grand facteur de l'inopérabilité ou de la récidive. Le diagnostic doit être précoce.

III. — Quelque limitée que paraisse l'étendue de la tumeur, nous conseillons la laryngectomie totale avec énucléation ganglionnaire systématique.

IV. — Nombre d'opérateurs toutefois sont plus éclectiques ; ils thyrotomisent d'abord avant de laryngectomiser.

V. — La voie endoralynge n'est plus à conseiller.

VI. — Quelle que soit la durée de la survie, la vie des laryngectomisés est encore telle, que ces mutilés la préfèrent au néant !

VII. — Si nous osions, à propos de cette terrible affection, peut-être la plus torturante de l'humanité, émettre une conclusion qui semble ne pas se rattacher à notre sujet, nous dirions :

« La génération actuelle se doit à elle-même de ne plus envoyer dans la moindre bourgade, un médecin incapable de manier le laryngoscope convenablement, et de faire tout au moins un diagnostic ! »

Georges LAURENS. — Chirurgie du cancer du larynx.

Les résultats du traitement chirurgical des néoplasmes malins du larynx sont d'autant meilleurs que l'intervention a été faite d'une façon précoce. Malheureusement, le diagnostic est souvent porté à une période tardive ou bien le malade n'accepte pas d'emblée l'opération proposée.

J'ai pu opérer cinq cancers du larynx au début, par la thyrotomie, un a été perdu de vue, les quatre autres survivent sans récidive ; le cas le plus récent date de quatre ans. Il s'agissait de néoplasmes bien circonscrits à un segment de la corde vocale inférieure, avec intégrité des cartilages et des ganglions, absence d'adénopathie. Je fis faire le diagnostic microscopique par deux histologistes différents, afin d'éviter toute erreur d'interprétation. Ces succès qui peuvent être mis en parallèle avec les beaux résultats obtenus par Semôn tiennent simplement à ce que la laryngofissure a pu être pratiquée dès la période de début.

J'ai fait une hémi-laryngectomie, le malade succombe à une broncho-pneumonie.

Sur six laryngectomies totales, je perdis un opéré dans la première semaine, de broncho-pneumonie ; un de broncho-pneumonie tardive au bout de deux mois ; trois récidivèrent entre six mois et un an ; un récidiva au bout de quinze mois et vécut

ensuite près d'un an ; le dernier date de près d'un an seulement : il a présenté récemment une récurrence ganglionnaire carotidienne.

Tous ces malades n'avaient pu être choisis au point de vue opératoire : ils présentaient déjà une complication de voisinage.

Le dernier, en particulier, opéré sur son désir formel avait subi une laryngotomie intererico-thyroïdienne il y a deux ans et à travers l'orifice canulaire faisaient hernie des bourgeons cancéreux, les liquides déglutis refluaient par la canule, toute la peau de la région cervicale antérieure était soulevée par des masses néoplasiques bouclées, le larynx formait une véritable cuirasse. Je dus réséquer trois anneaux trachéaux envahis, et enlever avec le larynx l'os hyoïde qui était adhérent.

Le malade, âgé de 70 ans, a augmenté de 10 kilos depuis l'opération. Quoique privé de la voie parlée, il arrive à se faire comprendre par des sons pharyngés assez compréhensibles et il est loin de présenter le spleen dont sont affectés certains laryngectomisés : il n'a qu'un culte, celui de son estomac, — qu'il a eu, du reste, toute sa vie, — et certaine lettre écrite par l'opéré, lue à la société, en constitue le meilleur témoignage.

L'auteur conclut : 1° que les résultats fournis par la thyrotomie faite à l'extrême début sont bien supérieurs à ceux de la résection totale du larynx ; 2° que le procédé de l'hémato-aspiration peut rendre des services au cours des opérations laryngo-trachéales.

Goris relate les cas qu'il a opérés : 1° malade de 63 ans, hémilaryngectomie ; mort dix-huit mois après l'opération ; 2° 49 ans, mort cinq jours après de broncho-pneumonie ; 3° 60 ans, extirpation un an après une hémilaryngectomie, mort cinq jours après ; 4° hémilaryngectomie ; sans récurrence pendant un an, puis nouvelle trachéotomie ; mort vingt mois après l'extirpation ; 5° hémilaryngectomie, récurrence huit mois après ; extirpation totale ; récurrence dans la plaie trachéale cinq mois après ; mort vingt-deux mois après la première intervention ; 6° 53 ans, extirpation totale, mort trois jours après ; 7° hémilaryngectomie, récurrence sept mois ; extirpation totale, gastrotomie ; mort quinze mois après la première opération ; 8° opéré depuis 10 mois sans récurrence.

Deux cas non opérés, mort dix-huit mois après la constatation du cas. Deuxième cas : trachéotomie ; meurt dix-huit mois après la trachéotomie.

La plupart étaient des cas avancés et avaient subi des opérations endolaryngées dans d'autres cliniques.

Goris cite la statistique de Gluck : 22 cas, 1 décès post-opéra-

toire onze jours après; une guérison depuis treize ans; guérisons depuis onze, huit ans, trois ans et demi, etc.

LOMBARD (Paris). — Une des conditions de succès et l'une des principales est dans la perfection des soins post-opératoires. La ligne de réunion de la trachée à la peau cède souvent parce que les sécrétions descendant de la plaie opératoire s'étalent sur la suture. Le pansement y est difficile à maintenir. J'ai utilisé, pour éviter cet inconvénient, une canule à trachéotomie dont l'extrémité dépasse de 1 centimètre et demi à 2 centimètres la plaie cutanée. Cette canule permet d'éviter l'infection et par suite, la désunion de la ligne de suture en la protégeant contre les sécrétions venues d'en haut et amenant au dehors celles venues de la trachée. Ainsi se trouve supprimée la crainte d'un accident redoutable, la fuite de la trachée dans le médiastin.

BROECKAERT. — La simple thyrotomie donne des résultats plus brillants : sur 20 cas de Semon, dix-huit succès complets. Il faut dépasser largement le mal par l'une des méthodes, depuis la résection de l'ulcère jusqu'à l'hémilaryngectomie et la laryngectomie totale, mais sans dépasser le but. Il y a des variétés dans cette affection. Br. cite un cas qui se trouve relativement bien après des extirpations totales. Il faut être éclectique.

TRÉTROP. — L'infection ganglionnaire est parfois d'appréciation difficile. Il faut limiter son intervention selon les circonstances.

SCHIFFERS. — **Cas de brûlure de l'œsophage par la potasse caustique. Pénétration de la sonde dans le médiastin. Mort.** — Brûlure de 1 centimètre d'étendue au 1/3 supérieur et de 15 centimètres dans le reste de son parcours. De plus, brûlure au cardia et au pylore. L'accident datait de 4 semaines; déglutition des liquides impossible depuis 2 jours. Une sonde, introduite très prudemment, pénètre dans le médiastin; pas de symptôme immédiat, à part, après l'ingestion d'un verre d'eau, une douleur épigastrique, qui s'était du reste montrée depuis l'accident. Mort avec symptômes de péritonite. La nécessité d'une gastrotomie avait été envisagée. A ce propos, Da Stella estime que, si la dilatation présente des difficultés, il y a lieu de recourir à la gastrotomie.

DELSAUX. — Gluck pratique la gastrotomie, puis l'œsophagomie externe, et le malade s'alimente par la sonde.

SCHIFFERS a vu plusieurs cas de brûlure par la potasse caustique et l'acide et a vu un certain nombre de cas guérir par la dilatation progressive, pratiquée du reste prudemment.

CHEVAL attire l'attention sur les dangers, dans ces cas, de l'œsophagoscopie, qui peut produire une perforation entre la trachée et l'œsophage amincis.

M. LUC (Paris). — Cure chirurgicale des foyers limités de leptoméningite par voie orbitaire. — Homme de 30 ans, vigoureux, souffrant, en décembre dernier, de sinusite frontale aiguë; rétention fronto-nasale consécutive, incision exploratrice à la région de la paupière avec issue de pus. En février, gonflement par rétention intra-frontale et sinusite frontale suppurée aiguë avec éten-tion traitée d'urgence par une incision sourcilière avec volets et dénudation de la moitié droite de l'os frontal; le sinus était rudimentaire; il y avait abcès sous-périosté, ostéite et dénudation de la dure-mère. Intervention: désinfection, dénudation sur l'étendue d'une pièce de 2 francs, incision de Killian, résection des cellules ethmoidales antérieures. C'était le 4 février, un mois après le début. Il s'agit d'une ostéomyélite crânienne; drainage à l'extrémité externe du sourcil (droit).

Le 20 février, un abcès s'ouvre un peu au-dessus du sourcil; l'os est creusé en capsule; le frontal, donc, était infiltré, et l'on pouvait diagnostiquer la progression vers l'endocrâne. Les 5-6 mars, fièvre, gonflement; le 7 mars, deuxième opération pour réinfection du foyer (même opération, plus étendue); on trouve du pus sur la dure-mère dénudée sur l'étendue d'une pièce de 5 francs et fongueuse; il y a du pus dans l'espace arachnoïdien; incision cruciale de la dure-mère; ponction cérébrale sans résultat; pus à staphylocoques; deux drains à l'extrémité externe du sourcil et fronto-nasal; un troisième sort par la narine. A remarquer l'absence de manifestation méningitiforme; 38°,5 a été la température maxima sans autre symptôme cérébral. Amélioration rapide. La température reste à 37°,6. Il restait un bourgeon au niveau du sourcil. Mais à l'extrémité supérieure de la cicatrice, issue spontanée de pus. Au commencement de mai, on découvre un tunnel sous-osseux d'une longueur de 7 centimètres. Le 3 mai, troisième opération: excision du pontosseux, dénudation de la dure-mère de 7 sur 2 centimètres; la plaie n'est saturée qu'en deux points. Du 3 mai à juin, amélioration progressive. Sortie de l'hôpital, cicatrisation. Le malade peut être considéré comme guéri.

En général, la sinusite frontale aiguë guérit. Mais elle peut se compliquer d'*ostéomyélite*, complication grave.

Rien n'en limite la marche alors qu'aux os longs l'épiphyse sert d'obstacle à la propagation; elle peut faire le tour du crâne. Aussi

Schilling a-t-il proposé une résection à distance, préventive. Malheureusement l'affection peut envahir la base. L. insiste sur l'extraordinaire latence de symptômes méningitiques chez une méningitique. Ne faut-il pas reviser l'expression clinique de la méningite ? Les foyers de méningite ne se guérissent qu'à la condition d'intervention extrêmement précoce.

BROECKAERT. — **La cure radicale des pansinusites.** — Incision cutanée en S à droite, en S renversé à gauche. Réclinaison des parties molles ; suppression de la branche montante du maxillaire, ethmoïdectomie. Les parois antérieure et interne de l'antra sont réséquées complètement ; l'on termine par le curettage frontal, avec résection de l'épine nasale du frontal. Avoir soin de ne pas dépasser la poulie du grand oblique (diplopie). A la fin de l'opération, réduction, suture.

GORIS. — **Les complications orbitaires des affections nasales.** — La dacryocystite purulente a pour point de départ le périoste de l'ethmoïde. Le sac doit être décollé, l'ethmoïde doit être réséqué (dans sa partie lésée) ; drainage nasal. Guérison rapide. Goris cite plusieurs cas ainsi guéris, rebelles aux traitements divers.

CHEVAL a observé un cas d'ostéomyélite post-otitique ; il a poursuivi la lésion jusque près du pressoir d'Hérophile et a constaté de la pachyméningite fongueuse très étendue. Pas de caractères méningitiformes apparents.

LAURENS (Paris) cite deux cas analogues avec latence symptomatique malgré la grande étendue des lésions. Pour les résultats éloignés des résections craniennes parfois très étendues, il remarque que l'os, chez l'enfant, se régénère à peu près complètement. Dans un cas, épilepsie jacksonnienne ultérieure, qui a disparu par le traitement médical.

DE STELLA pense qu'il faudrait s'entendre sur la signification du terme méningite (sérieuse, sans pus, avec pus).

LUC (Paris). — La présence de microbes dans la cavité arachnoïdienne est un caractère de la méningite.

M. DELSAUX. — **Les complications endocraniennes des sinusites de la face. Rapport. Conclusions.**

I. — Si nous établissons une comparaison entre la variété et l'étendue des lésions constatées à l'autopsie, et si nous nous reportons à ce qui a été exposé plus haut relativement à la fréquence des cas où l'infection endocranienne est possible, nous

avons le droit de nous étonner de ne pas la voir survenir plus souvent encore.

En réalité, les cas de méningite, de thrombo-phlébite des sinus craniens d'origine nasale ou annexielle ne sont-ils pas beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense généralement ? Nous pouvons répondre avec une quasi-certitude par l'affirmative.

Ainsi, H. Martin, dans sa thèse sur la *Fréquence de l'empyème des cavités accessoires du nez*, a établi une statistique des cas d'empyème constatés *post mortem*. Sur 31 autopsies de sujets morts de diverses maladies, il a constaté 15 cas de sinusite passés inaperçus pendant la vie. Weichselbaum, pendant l'épidémie d'influenza de Vienne, en 1890, avait rencontré 30 cas de suppuration des cavités accessoires sur 100 autopsies. Harke, qui est l'auteur d'une méthode pratique d'examen de toutes les cavités sinusales par l'endocrane sans détérioration de la face, a constaté 116 cas de sinusites diverses sur 400 autopsies, soit 29 %. E. Fraenkel les a rencontrées 63 fois sur 146 nécropsies, soit 43,15 %, et Lapalle 55 fois sur 169 examens cadavériques, c'est-à-dire qu'il a trouvé un pourcentage de 32,54 %. Lichtwitz, réunissant les travaux des trois derniers auteurs en un tableau, le fait suivre des commentaires de Harke. « Les autopsies que nous avons pratiquées nous autorisent à dire qu'il n'y a qu'un très petit nombre de sinusites qui soient diagnostiquées sur le vivant. » Fraenkel fait observer que sur les 139 cas de sinusites qu'il a découverts *post mortem*, un seul avait été diagnostiqué pendant la vie. Lichtwitz conclut qu'il n'y a guère que 2 % des empyèmes qui soient découverts chez les malades, tandis que l'autopsie en relève 30 % environ.

Que penser alors de ces nombreux cas de méningites, tuberculeuses ou non, qui font tant de victimes dans la première enfance ?

En ce moment même sévit en Allemagne une épidémie de méningite cérébro-spinale. Or, Weichselbaum, Jaeger, Antony et Ferré, ont démontré la présence de méningocoques dans le mucus nasal des malades atteints de méningite cérébro-spinale. Les recherches faites à Boston pendant l'épidémie de 1898 confirmèrent les travaux des auteurs précédents.

Magunna, dans sa thèse de Bordeaux : *Sur la voie d'infection nasale de la méningite*, cite une observation de Demme, de Berne, où la muqueuse nasale d'un enfant de 8 mois fut infectée directement par son frère nourricier, atteint de tuberculose pulmonaire. Il s'ensuivit une méningite qui enleva le malade. Or,

pendant la vie, on avait trouvé le bacille de Koch dans les sécrétions nasales, et l'examen microscopique de la muqueuse, fait par le prof. Langhaus, y fit constater la présence de microbes tuberculeux et de cellules géantes !

Nous rapporterons encore les expériences faites par Magunna sur des cobayes : à 20 animaux auxquels on avait fait préalablement des plaies de la muqueuse nasale, l'auteur injecta des cultures de bacilles de Koch ; six d'entre eux succombèrent à la méningite tuberculeuse à point de départ vasculaire. Dans les cas où il n'y avait pas eu de lésion préalable de la muqueuse, les expériences furent presque toutes négatives.

Bien que ces considérations s'écartent du sujet de notre rapport, elles sont d'une importance telle qu'il nous a semblé indispensable d'attirer l'attention de tous les médecins indistinctement, rhinologistes ou non, sur la possibilité de la voie nasale d'infection des méninges.

Que dire encore des méningites emportant rapidement un malade auquel on a simplement enlevé des polypes du nez ou fait une cautérisation du cornet inférieur ? Broeckert, parmi bien d'autres observateurs, en a rapporté un cas démonstratif.

Nous nous rallions aux conclusions de la thèse de Magunna :

1° La méningite peut tirer son origine d'une lésion des cavités nasales.

2° Les agents infectieux peuvent, en partant des régions nasales et rétronasales, arriver aux méninges de cinq manières différentes : a) Après disparition de l'os interposé ; b) Par thrombose veineuse ; c) Par embolie septique ; d) Par voie lymphatique ; e) Indirectement, par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et les cavités mastoïdiennes ; 3° En présence d'un malade soupçonné de méningite, le médecin a le devoir de s'enquérir de l'état des fosses nasales (et nous ajouterons de leurs annexes) ; 4° A l'autopsie, il faut s'attacher à découvrir le point de départ de l'infection méningée et tenir pour incomplète toute observation qui ne rend pas compte de l'état des cavités nasales, annexielles et rétronasales.

II. — Revenant aux complications endocraniennes des sinusites de la face, nous dirons, avec Molly, qu'il existe deux formes principales d'infection : 1° une *forme rapide*, où les germes morbides emploient la voie lymphatique pour pénétrer dans l'endocrâne. Dans ces cas, l'intervention, si prompte soit-elle, a peu de chances de sauver le malade, 2° une *forme subaiguë*, dans laquelle l'infection se fait par la voie veineuse et où le temps qui

s'écoule entre les symptômes de contamination endocranienne et le moment où éclatent les accidents mortels peut et doit être mis à profit par le rhinologiste pour intervenir largement et aussi radicalement que possible, et éviter l'issue fatale.

III. — Il est presque certain que les cas de complications endocraniennes que l'on rapporte comme guéris n'ont pas eu à leur passif les formidables lésions osseuses que l'autopsie a démontrées, et qu'il s'est agi généralement d'infection des communications veineuses ou des voies lymphatiques inter-naso-sinuso-endocraniennes.

IV. — Comme le dit Luc dans son livre sur les complications endocraniennes de l'otite et des sinusites de la face, en présence d'une complication endocranienne, la seule conduite rationnelle est l'intervention hâtive et largement pratiquée. L'acte opératoire variera selon la localisation et la nature de la complication que l'on peut rapporter à quatre types principaux :

- a) La méningite ; b) L'abcès extradural ; c) L'abcès cérébral ; d) La thrombo-phlébite sinusienne.

Dans les cas de méningite, on doit faire une large trépanation, comprenant principalement la paroi postérieure des sinus frontaux. Arrivé sur les enveloppes du cerveau, on les incisera et l'on donnera issue, par là, à la sécrétion, qui sera séreuse ou purulente suivant le moment où l'on intervient. Ensuite on drainera soit, comme le recommande Moty, au moyen de crins recourbés en anse et introduits sous la dure-mère, soit à l'aide de gaze aseptique. Si l'on a eu soin de faire préalablement quelques ponctions lombaires, la tension du liquide céphalorachidien est diminuée et l'on n'a pas trop à redouter la hernie cérébrale.

Nous n'avons aucune confiance dans les lavages de la cavité méningée proposés par Lejars.

Relativement à l'incision et au drainage des grands lacs lymphatiques voisins de la scissure de Sylvius, opération préconisée par Broca, nous n'oserions formuler aucune opinion.

Pour l'abcès extra-dural, on pourra employer la technique ci-dessus décrite s'il s'agit de localisation vers le lobe frontal, ou bien la trépanation directe si l'abcès s'indique comme étant localisé au niveau des zones prérolandiques.

S'agit-il d'abcès cérébral, on se trouvera généralement fort embarrassé, car les collections purulentes cérébrales donnent rarement des symptômes de localisation nette. Cependant, comme le dit Luc, on doit considérer l'intervention comme un devoir.

En aucun cas, la trépanation crânienne, pratiquée assez

largement pour pouvoir se rendre compte de l'état des méninges sur une aire de 3 à 4 centimètres, on ne ponctionnera le cerveau au travers de celle-ci. Il faut ouvrir les enveloppes du cerveau et alors seulement ponctionner à l'aide d'un bistouri. L'opérateur ayant fait une ponction blanche est autorisé à renouveler ses tentatives un certain nombre de fois ; s'il est assez heureux pour rencontrer le pus, il aura soin de drainer le foyer comme il a été dit à propos de la méningite. Les effets de l'intervention heureuse dans ces cas sont magiques, résurrectifs (Luc).

Goris a ouvert une collection purulente siégeant à la face inférieure du cerveau : il a emprunté la voie du sinus sphénoïdal en passant à travers la paroi latérale de l'orbite et les cellules ethmoïdales.

La *thrombo-phlébite* du sinus longitudinal supérieur est considérée par Lermoyez comme une contre-indication opératoire. L'ouverture du sinus caverneux en cas de thrombo-phlébite n'a réussi que dans un seul cas. Est-ce à dire que nous n'ayons rien à espérer de ce côté et que l'avenir ne nous donne pas les moyens de lutter avantageusement contre cette complication redoutable ? Nous ne le pensons pas.

LOMBARD (Paris). — M. Delsaux dans son rapport a parfaitement mis au point la pathogénie et le mécanisme des complications intracrâniennes. Cliniquement, celles-ci se présentent dans deux conditions ; elles surviennent spontanément dans des sinusites d'ancienneté variable ; ou bien elles apparaissent comme complications après l'opération même la mieux conduite.

D'un autre côté, il y a des sinusites qui peuvent rester indéfiniment torpides sans jamais donner naissance à un accident du côté de l'encéphale et des méninges. Mais par contre, le pourcentage des complications intracrâniennes paraît surtout élevé dans les sinusites frontales. Faudra-t-il donc dans la crainte de voir apparaître une complication, opérer toutes les sinusites frontales diagnostiquées ? Cette question m'a été posée au cours de la discussion de mon rapport à la Société française. Ma réponse ne fut pas douteuse. Il ne faut opérer que les sinusites graves.

Je voudrais à ce sujet connaître l'opinion de notre rapporteur.

DELSAUX. — Il ne faut pas opérer tous les cas. Opérer seulement dans l'accident méningé grave ou les troubles très accentués. Si l'on opère, le faire d'une façon très complète.

CHEVAL. — Il faudrait intervenir dans tous les cas de rétention (vase clos). A signaler les cas de perforation (interne ou externe).

Répondant à Jacques, à quoi on reconnaît la rétention ? C'est aux phénomènes de réaction (fièvre, douleur, etc).

JACQUES. — La douleur est de signification variable. La fièvre n'est pas toujours un signe suffisant.

GUISEZ. — **Cas de guérison de manie cérébrale à forme grave, par la cure radicale d'une otite suppurée ancienne.** Fille de 24 ans, atteinte de scarlatine à 10 ans, et souffrant depuis. Pendant plusieurs semaines, troubles divers ; hallucinations du goût et de l'odorat. A droite évidemment pétro-mastoïdien. Il reste un point d'ostéite au plancher de la caisse. Il ne s'agit pas de troubles psycho-sensoriels ; rares cas de ce genre. Tare psychopathique dans ce cas. L'amélioration locale a été suivie de l'amélioration de l'état mental. Les relations du pharynx et de la caisse expliquent cette association.

G. — **De l'emploi de la paraffine endonasale comme traitement complémentaire des sinusites maxillaires et fronto-maxillaires.** — G. a fait huit opérations de pansinusite bilatérale ou monolatérale. En général on fait un évidement de l'ethmoïde, et presque toujours la muqueuse nasale reste altérée et secrète abondamment ; dans les sinusites anciennes ce sont les glandes qui produisent les croûtes. Sur trois malades, il a institué le traitement de l'ozène avec résultats surprenants. La cloison, le plancher et les cornets ont été infiltrés ; disparition de la sécheresse ; la muqueuse grise a repris son caractère rouge. Insuccès dans un quatrième cas avec muqueuse friable.

FERNANDÈS. — **Un cas de méningocèle cervicale opérée avec succès, chez un enfant de 4 mois ; du volume d'une pomme, bilobée. Suture des bords du pédicule. Guérison en trois semaines.** Siège entre l'écaille occipitale et l'atlas. Chipault signale 42 guérisons sur 50 cas. Le procédé de Témoin a été employé dans l'es-pèce.

TRÉTROP. — **Paralysie de récurrent gauche par insuffisance mitrale.** Homme de 49 ans. Inhibition du récurrent gauche disparaissant par le traitement interne.

Pour Cheval, il s'agit peut-être d'un anévrysme au début.

GOOSEMANS. — **1° Synéchie pharyngienne totale de nature spécifique ; opération, guérison.** — Homme de 42 ans, hérédo-syphli-

litique ; ouverture au galvano-cautère établissant une large communication entre le nez et la bouche. Le malade entretient lui-même l'ouverture à l'aide d'une sonde. Jauquel pense que l'opération n'eut pas de date assez ancienne pour permettre une conclusion.

2° Corps étranger de l'œsophage. — Pièce de monnaie extraite à l'aide de l'extracteur de Mathieu (conducteur du dilateur : tige en baleine terminée par une boule métallique de 7 millimètres de diamètre, à gorge supérieure).

TRÉTROP. — Un cas de syphilis tertiaire grave simulant la lymphadénie. — Trétrop attire l'attention sur le polymorphisme de la lésion spécifique de l'amygdale.

HEYNINX. — 1° Cornet ethmoïdal surnuméraire avec névralgie faciale depuis 2 ans chez un homme de 32 ans. Il provient de la gouttière ethmoïdale antérieure en stade avancé.

2° Epilepsie et compression intranasale supérieure. Ici, complication de rétention de suppuration nasale ou otitique. Cinq observations. Amélioration et disparition après turbinectomie dans 4 cas. On trouve de nombreux empyèmes des sinus chez les épileptiques. Lenoir croit à une action psychique. Pour Dastella, il faut se méfier des succès immédiats, consécutifs à n'importe quelle intervention. Heyninx insiste sur le degré des intoxications du liquide céphalo-rachidien.

3° Scotomes étincelants et hypertrophie du cornet moyen. — Celle-ci a causé les troubles.

VAN SWIETEN. — Un cas de tumeur adénoïde chez le vieillard. — Homme de 67 ans ; ablation à la curette.

HENNÉBERT. — Accidents consécutifs à un furoncle du nez. — Lymphangite grave abcès ; incision ; le soir 39°8, état général, pendant 8-10 jours et prurigo, arthralgies, myalgies. Dix jours après, phlegmon juxta-laryngé gauche, œdème du vestibule laryngé, incisions ; 8 semaines après il existe encore de la desquamation épidermique.

BOVAL — Deux cas de mastoïdite traumatique par trauma-

tisme frontal. — On constate une fissure du rocher ; à la trépanation quelques gouttes de pus. Guérison. Seul le cas de Wilson a été publié. B. insiste sur l'absence d'affection otitique antérieure. Cheval croit à une fracture directe.

TRÉTROP. — 1° Un cas de cholestéatome du lobule de l'oreille. C'est du reste une formation épithéliale, atypique.

2° **Otite moyenne purulente bilatérale.** — Antrite, mastoïdite aiguë ; guérison après simple paracentèse à droite ; à gauche, ouverture spontanée et guérison par soins antiseptiques. L'observation date de 4 à 5 mois.

BÉCO. — La réaction générale peut être grave avec lésions locales relativement bénignes.

3° **Fracture bilatérale du rocher.** — Paralysie faciale, guérison sans opération.

RAOULT. — Tuberculose du lobule de l'oreille. — Au début, ressemblance à l'eczéma avec hypertrophie.

COOSEMANS. — **Kyste sébacé du pavillon.** — Cas unique. Garçon de 12 ans ; tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Ablation.

HEYNINX. — **Suppression des pansements après l'évidement pétro-mastoïdien.** — Guérison en treize jours.

DE STELLA. — 1° **Cholestéatome de l'oreille moyenne et pansements post-opératoires.** — Il s'agit d'un amas amorphe (cholestéatome faux) ou de l'endothéliome (avec cholestérine) ; celui-ci est excessivement rare ; Politzer ne l'a pas rencontré. La guérison du cholestéatome faux se fait par ablation avec antrectomie, sans maintien de l'ouverture béante. Mais l'endothéliome récidive facilement.

2° **Hystéro-traumatisme de l'oreille.** — L'accident est fréquent, existe même constamment du côté du traumatisme.

GORIS. — **Abcès profonds de la nuque.** — Variété inter-vertébro-digastrique (atlas, axis). Détermine la compression des nerfs occipitaux en premier lieu, avant le gonflement, avec douleur en arrière, au splénius et au sommet de la tête ; torsion de la tête vers

le côté malade, hémi-épisthotonos ; puis trismus ; douleur du maxillaire inférieur ; dysphagie même absolue. Confusion avec le tétanos. Cette affection, sans intervention, est mortelle par broncho-pneumonie suraiguë (pus trachéal). Traitement, incision.

G. signale deux guérisons : la première après otite purulente ; la deuxième après otite moyenne non suppurée. Un troisième est mort de broncho-pneumonie. L'infection s'explique : le pus dissout la matière gélatineuse de l'os et constitue une voie pour le pus.

DELSAUX. — Méningitique traité par la résection large du crâne.

— Quatre interventions (attico-antrotomie et trépanation du crâne). Foyer de pachyméningite fongueuse. En outre, chez cet homme, huit à neuf ponctions lombaires. A l'examen : diplocoque de Fraenkel. D. croyait à une thrombose sinusienne ; à peine un peu de dilatation des papilles optiques. Autopsie, carie à la paroi supérieure du rocher. A remarquer l'absence de symptômes classiques de la méningite jusqu'aux deux à trois derniers jours ; il y avait en outre, méningite de la base et de la moëlle.

La réunion a eu lieu à Liège à l'occasion de l'exposition et a été suivie d'une excursion à Spa et à la Gileppe. En plus, le Dr Beco avait préparé aux congressistes une charmante et artistique réception.

ANALYSES

I. — PHARYNX ET DIVERS

Valeur de la palatoplastie en un temps, par A. BROCA (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 avril 1904, p. 78).

A. Broca présente ses deux statistiques de palatoplasties : l'une publiée en novembre 1895 dans la *Revue de Stomatologie*, l'autre plus récente réunissant ses opérations de septembre 1895 à janvier 1904.

Toutes ces interventions, sauf une seule, ont été pratiquées en un temps sur des enfants de 5 ou 6 ans, exceptionnellement sur des sujets plus jeunes.

Broca compare ses résultats opératoires à ceux de J. Wolff et établit les dangers de mortalité de l'opération précoce en deux temps.

Il montre ensuite que, pour des séries comparables, la méthode en deux temps a donné à Ehrmann des résultats identiques à ceux qu'il a obtenus par le procédé de Baizeau-Langenbeck.

Pour Ehrmann, le procédé en deux temps aurait l'avantage de donner, chez les enfants de 2 à 6 ans, les mêmes succès que chez les sujets plus âgés, par conséquent d'abaisser la limite d'âge de l'intervention et de favoriser les progrès de la phonation.

Mais est-il établi que la précocité de la restauration palatine ait une telle influence sur la perfection phonétique, à laquelle semblent plutôt contribuer, comme l'enseignait Trélat, la mentalité et le développement intellectuel de l'enfant ?

WICART.

A propos de la palatoplastie, par EHLMANN (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 19 avril 1904, p. 395).

Ehrmann défend la palatoplastie en deux temps. Il la considère, pour les enfants au-dessus de 6 ans, comme une méthode d'exception, et il ne l'a employée chez des malades de cet âge

que lorsque ceux-ci se présentaient dans certaines conditions générales ou locales défectueuses. Il devient donc difficile d'étudier la valeur respective des procédés en un et deux temps, sur les sujets au-dessus de 6 ans, en s'appuyant sur les statistiques de Broca et de Ehrmann. Les résultats ont d'ailleurs été identiques.

En détaillant la statistique de J. Wolff et son mémoire, Ehrmann montre qu'ils ont obtenu, à partir de deux ans, les mêmes succès opératoires que Broca à partir de quatre ans.

En résumé, l'auteur estime que, chez les sujets âgés, la palatoplastie en deux temps constitue une méthode de choix, lorsque le chirurgien se trouve en présence de certaines difficultés spéciales (minceur ou friabilité de la muqueuse, étroitesse du lambeau palatin, etc.)

Chez les sujets jeunes, elle permet l'intervention précoce.

Sans se montrer affirmatif, Ehrmann croit à l'heureuse influence de la précocité de l'opération sur la fonction phonétique.

WICART.

Rapport sur le fonctionnement de la clinique oto-rhinologique de Cracovie, en 1903, par le Dr SPIRA (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 7, 1904).

La statistique de la consultation avec laquelle l'auteur commence son rapport est intéressante à consulter. On a donné 6167 consultations à 945 malades pour 1183 maladies de la spécialité, dont 772 pour les oreilles seulement. Parmi les maladies, les grands cas de la spécialité sont excessivement rares. Ainsi nous ne relevons, sur les tableaux, que 2 cas de complication intracranienne, une seule fois la paralysie faciale consécutive à l'otite suppurée est mentionnée. Parmi les affections des voies respiratoires, aucun cas de tumeur maligne du nez (ni de la langue, ni du pharynx), et 1 seul cas de cancer du larynx. Sur 60 cas de végétations adénoïdes, l'adénotomie a été faite douze fois.

Parmi les cas particuliers, relevons le cas d'une jeune fille qui, à la suite d'un tamponnement fait avec la sonde de Belloc, pour hémorragie à la suite d'une turbinotomie, a eu une otite moyenne aiguë suppurée. Dans un autre cas d'épistaxis rebelle du cartilage quadrangulaire, l'hémorragie a résisté à tous les styptiques galvano, adrénaline, ferropyme, etc.) et a cédé à un attouchement au chlorure de zinc à 50 %. Sur 14 cas de perforation sèche du tympan soignés d'après Okuneff (cautérisation à l'acide trichloro-

cétique), 6 cas ont été guéris. En terminant, Spira fait l'éloge de l'adrénaline et du rhigénol. Ce dernier médicament a amené la guérison (au moins temporaire) d'une otorrhée, contre laquelle l'autotomie a été proposée par plusieurs médecins. Des instillations d'une solution de thigénol à 20 ‰, dans une solution d'eau oxygénée à 6 ‰, suivies d'insufflation d'acide borique, ont tari l'écoulement. L'adrénaline expose, d'après l'auteur, aux hémorragies post-opératoires. Il semble, à la lecture de l'article, que l'auteur ne connaît pas le penghawar-djambi. Mentionnons encore que Spira a recherché le rhodane dans la salive des otopathes sans pouvoir arriver à des conclusions formulées par d'autres observateurs. Ainsi la réaction a manqué même quand l'oreille moyenne était saine, tandis que, parfois, avec une otite moyenne existait nettement du rhodane dans la salive. Il se propose de publier ses observations dans un article ultérieur. Partant d'une vue théorique, l'emploi de thiosinamine est conseillé contre les sténoses de différente nature (rhinosclérome, syphilis, sténoses de la trompe, otite adhésive).

L'auteur dit bien ne pas avoir d'expérience personnelle sur ce point, mais il lui paraît important d'appeler l'attention des spécialistes sur ce médicament introduit en thérapeutique par Teleky, Hebra. Dans une note, la rédaction de la *Monatsschrift* ajoute que la thiosinamine, employée pendant trois années à la clinique Schrötter, s'est montrée absolument inefficace.

LAUTMANN.

Rapport sur le fonctionnement de la clinique otolaryngologique de Bâle (service du prof. Siebenmann), en 1901 et 1902, par OPIKOFER (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*. Bd. XLVII, Hf. 2-3).

Après une description des localités et de leur installation, O. donne la statistique des maladies qu'on a soignées à la clinique du prof. Siebenmann. Rien de particulier à noter. Quelques cas intéressants observés dans le service sont rapportés. Ainsi, par exemple, un cas d'otite suppurée aiguë sans perforation du tympan ayant provoqué un abcès péri-sinusal, une thrombose suppurée du sinus, de la pyémie avec abcès dans les poumons et la plèvre, hypertrophie congestive du foie et de la rate, opéré par le nettoyage du sinus et ligature de la jugulaire, et terminé par la guérison. La névrite optique, très prononcée dans ce cas, demande une mention spéciale parce que, malgré une tendance générale vers la guérison, la névrite a fait des progrès. Donc le pronostic

est indépendant de la névrite, tandis que le diagnostic de la thrombo-phlébite du sinus compte dans à peu près 30 % des cas sur l'existence de la névrite optique.

Un deuxième cas de pyémie otogène s'est terminé par la mort. Dans ce cas, la jugulaire n'avait pas été ligaturée. Deux jours après l'ouverture du sinus il y a eu une grande hémorrhagie par le golfe, preuve que la ligature de la veine jugulaire eût été utile même en dehors de la question de pyémie. L'examen bactériologique de ce cas a montré l'existence du colibacille, trouvaille rare dans la thrombose du sinus.

Une jeune femme de 23 ans a été opérée d'une périsinusite gauche, consécutive à une otite catarrhale aiguë complètement guérie sans suppuration par le conduit. L'ouïe était excellente. La malade se plaignait de vertiges et de céphalée, localement elle portait un gonflement large, occupant le temporal et l'occiput, et surtout la mastoïde. Ouverture de la mastoïde, nettoyage d'un abcès péri-sinusal. On ne touche pas à l'antre. Guérison complète. Ce cas est rare parce qu'il concerne une femme et que la suppuration siégeait à gauche. Le contraire est plus fréquent.

Un enfant de 6 mois a eu, à la suite de rougeole, une otite avec mastoïdite. Examiné avant l'opération, l'enfant ne présente pas d'autres lésions. On ouvre l'antre et toute la mastoïde, on ne touche pas à la dure-mère. A l'examen microscopique, on reconnaît de nombreuses cellules géantes. L'enfant ne guérit pas. Une partie de la paroi de l'antre se carie, la dure-mère est à nu et recouverte de granulations. Carie sur le plancher de la caisse. Quatre mois après l'opération, la sécrétion est encore abondante, le facial est complètement paralysé à gauche. L'enfant meurt 7 mois 1/2 après le début de sa maladie. A l'autopsie, on trouve une tuberculose du larynx, des poumons avec cavernes, des ganglions de l'intestin, un tuberculome du cervelet, de la protubérance, carie du rocher et de l'écaille temporale, nécrose du facial. Peut-on considérer ce cas comme un tuberculome primaire de l'oreille ?

Un autre enfant, âgé de 7 ans, est mort à la clinique des suites d'un sarcome de l'oreille moyenne. L'opération n'a pas enrayé sa propagation dans le labyrinthe et les fosses cérébrales. Le premier symptôme par lequel la tumeur s'est traduite était une paralysie complète du facial, bientôt après apparut dans le conduit externe une tumeur qui, plusieurs fois opérée, récidivait continuellement. Pas d'otorrhée, mais notable abaissement de l'oreille du côté affecté (droit). L'opération n'a pu être radicale à cause des

dimensions que la tumeur avait prises. Les sarcomes de l'oreille, surtout chez les enfants, ne sont pas très rares. Leur diagnostic précoce est assez difficile. On voit généralement une otorrhée s'établir qui s'accompagne bientôt de granulations avec grande tendance à la récurrence. L'examen microscopique ne permet pas souvent de distinguer la néoplasie maligne d'avec les granulations banales. La paralysie du facial, précoce et complète, peut éveiller des doutes, quand une otorrhée est récente et quand les granulations récidivent facilement.

Très intéressant au point de vue du diagnostic est le cas suivant. Un jeune homme de 22 ans se plaint, depuis 1 an et demi, de vertiges et d'accès de perte de connaissance arrivant brusquement. La région occipitale et au niveau de l'œil gauche est le siège d'une douleur souvent insupportable. Depuis quelques mois existent des bruits dans les deux oreilles et depuis la même époque à peu près un écoulement de l'oreille gauche. Dans les derniers temps, la température est de 38°,3, le pouls à 100. Il y a eu quelques vomissements, la céphalée, les vertiges, les accès de perte de connaissance augmentent. Le Prof. Müller, hésitant entre le diagnostic de tumeur cérébrale et abcès du cerveau otogène, confie le malade au Prof. Siebenmann qui, le 10 mai, constate une ptose légère à droite, une double névrite de l'optique. Le tympan à droite est accolé à la paroi du labyrinthe; à gauche, à peu près même état. Mais ici le tympan porte deux perforations, dont la supérieure conduit vers un cholestéatome. Pas de sécrétion. On fait une résection temporaire de l'apophyse mastoïde, on découvre la fosse cérébrale moyenne et postérieure. La dure-mère paraît très tendue, amincie, d'une pulsation très vive. Deux ponctions du lobe temporal faites dans une profondeur de 2 centimètres restent négatives, une troisième poussée jusqu'à 3 centimètres de profondeur laisse échapper le liquide cérébral sous forte pression. Ponction du cervelet négatif. A la suite de l'intervention; la céphalée augmente et le malade meurt le lendemain.

A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'un gliome du quatrième ventricule, très dur, du volume d'une châtaigne. Pas de trace d'abcès ni d'autre complication otogène.

Le phlegmon de l'orbite, à la suite de l'empyème du sinus maxillaire et ethmoïdal, a été observé dans un cas où le contenu du sinus avait cet aspect caséiforme qui, d'après Avellis, serait d'un pronostic si bénin qu'il a comparé au bouchon cérumineux de l'oreille cette catégorie de sinusite. Il est vrai qu'en dehors du cas

observé à la clinique Siebenmann, on connaît plusieurs autres cas qui infirment cette bonne opinion d'Avellis au sujet des sinusites à contenu caséiforme.

On sait que la carie dentaire peut amener de graves complications, même la mort. Mais c'est un accident rare, vu l'énorme fréquence de la carie dentaire. Chez une jeune femme, à la suite de violentes douleurs dans la canine supérieure, s'est développée une périostite alvéolaire, un phlegmon large de l'orbite, une suppuration du plexus ptérygoidien interne et une thrombose du sinus caverneux. Malgré l'ouverture du phlegmon, et (quelques jours après seulement) l'ouverture du sinus transverse et caverneux, la malade est morte de pyémie. Ce cas est du reste intéressant aussi parce qu'il existait en même temps une otite moyenne suppurée qui aurait pu faire croire à une cause otogène de la pyémie. Et, en effet, quand après ouverture du phlegmon orbitaire, l'état de la malade ne s'améliorait pas, on s'est décidé à l'intervention plus grave sur le sinus caverneux et transverse, en admettant la possibilité d'une infection par l'oreille. On n'a pas incisé le sinus caverneux, l'ayant trouvé normal d'apparence. L'autopsie a prouvé que l'on aurait bien fait de l'inciser, mais les résultats obtenus jusqu'à présent dans la chirurgie du sinus caverneux n'encourageaient pas à ce dernier acte. Le sinus caverneux a été ouvert chez quatre malades, trois sont morts des suites opératoires, le quatrième a survécu deux mois à cette opération.

LAUTMANN.

Des psychoses d'origine thyroïdienne et leur traitement chirurgical, par LATARJET (*Lyon médical*, n° 38, 18 septembre 1904, p. 472).

On a toujours établi une relation plus ou moins éloignée entre l'encéphale et le corps thyroïde. Lorsque la glande thyroïde est frappée dans la toute première enfance par un processus stérilisateur — goitre ou sclérose thyroïdienne, — la déchéance mentale marche avec les lésions thyroïdiennes. Dans les régions goitrigènes, la population est entièrement une population thyroïdienne. La maladie de Basedow s'accompagne le plus souvent de troubles psychiques.

OBSERVATION. — Femme de 51 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels; mariée à 17 ans; mère de deux filles en bonne santé. A 36 ans, une petite tumeur apparaît au-dessous de la poignée sternale, déformant la rondeur de son cou. Le goitre

s'accroît, atteint le volume d'une mandarine, puis reste stationnaire. Tandis que le goitre apparaît, la malade acquiert de l'embonpoint, son caractère change : elle devient vive, enjouée, plus active, ayant le désir de voyages, de promenades ; elle reste telle de longues années. L'an dernier, son mari meurt de tuberculose pulmonaire ; après s'être surmenée, cette mort lui cause un violent chagrin. Son exhubérance s'exagère, elle ne peut supporter la solitude et a besoin de vivre dans le bruit. Au moment des menstrues, elle « perd la tête », suivant son expression ; elle ne peut suivre la conversation, elle ne peut associer entre elles les idées. Elle rit et pleure sans motif ; puis, aussi, elle présente des amnésies brusques plus ou moins longues.

A l'examen : pas de basedowisme ; rien au point de vue nerveux ; rien du côté des réflexes ; pas de stigmatisme hystérique ; rien qui puisse faire penser à l'épilepsie ; aucun signe de dégénérescence mentale ; tous les organes sont normaux.

Opérée le 11 février 1904 : après incision médiane, le goitre est luxé au dehors ; la section de 5 à 6 centimètres d'une couche de tissu thyroïdien permet d'aborder deux noyaux adénomateux du volume d'une noix à celui d'une noisette, mous. Enucléation facile ; puis, suture hémostatique, en bourse, du tissu thyroïdien ; pansement à plat sans point de suture cutanée. Le surlendemain on change le pansement complètement imbibé de sérosités jaunâtres. Quatre jours après, la malade va bien et après deux mois elle est revenue dans son état normal.

On peut donc se placer sur le terrain exclusivement chirurgical pour le traitement des psychoses thyroïdiennes. Les troubles psychiques chez les goitreux constituent une indication d'ablation du goitre.

Comment agit l'opération ? Peut-être mécaniquement en débarrassant la thyroïde d'une sorte de corps étranger pathologique ; peut-être les tissus anciennement enflammés provoquent des troubles circulatoires de voisinage, des altérations cellulaires qui donnent lieu à une auto-intoxication. Il est fort probable que l'intervention chirurgicale a une influence heureuse sur les lésions thyroïdiennes et la psychose consécutive.

Pour conclure : tout sujet, surtout féminin, présentant des troubles psychiques graves, doit être examiné au point de vue thyroïdien, et, s'il y a relation entre l'état pathologique de la glande thyroïde et les phénomènes somatiques, l'intervention chirurgicale s'impose.

CLAM.

La respiration buccale et la compression des os maxillaires par les masséter sont-elles la cause de la formation spéciale du palais ogival, de l'étroitesse de l'arcade dentaire ? par E. BUSER (*Thèse de doctorat*).

Le Prof. Siebenmann a fait donner corps à son opinion sur la question sus-nommée dans cette volumineuse thèse de son élève. D'après Buser, il y a relation entre la leptoprosopie et des fosses nasales hautes et étroites, le palais ogival et arcade dentaire étroite. Dans cette arcade, les dents de la deuxième dentition trouvent difficilement de la place, d'où anomalie dans leur position et incurvation de l'arc alvéolaire en forme de V. Chez les chaméprosopes on trouve généralement des fosses nasales larges, les dents régulièrement implantées dans une apophyse dentaire normalement développée. Si, ainsi conditionnée, une tête à forme leptoprosope, porte des végétations adénoïdes ou un autre trouble de la perméabilité nasale, la respiration buccale s'établit à la suite. La respiration buccale est donc un effet et non une cause. On sait que l'opinion contraire a été défendue par Robert, Köerner, Bloch, et dernièrement encore par Moeller.

LAUTMANN.

NOUVELLES

Le Dr MONGARDI (Roméo), a été nommé docent d'oto rhino-laryngologie à l'Université de Turin.

Le Dr CITELLI (Salvatore) a été nommé docent d'oto rhino-laryngologie à l'Université de Gènes.

Le Dr G. SCHEIBE a été nommé privat-docent d'otologie à l'Université de Munich.

Le Dr BURCHARDT a été nommé privat docent d'oto rhino-laryngologie à l'Université de Bonn.

Le docent POLLAK, de Vienne, a reçu le titre de professeur extraordinaire.

L'Académie américaine d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie tiendra sa dixième session annuelle sous la présidence du Dr H.-W. LOEB, à Buffalo, les jeudi, vendredi et samedi 14, 15 et 16 septembre 1905, et non pas dans la seconde moitié du mois d'août, comme on l'avait primitivement annoncé. Le secrétaire est le Dr George F. SUKER, 500 510, Everett, Buildings, Akren, Ohio.

La section de laryngologie et otologie, de l'Association médicale américaine, tiendra sa prochaine session annuelle sous la présidence du Dr Robert C. MYLES, à Portland, les mardi, mercredi, jeudi et vendredi 11-14 juillet 1905.

Adresser ses communications au secrétaire Dr Otto T. FREER, 288, Huron Street, Chicago.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Les précautions que doivent prendre les malades avant, pendant et après la cure Mont-Dorienne, par le Dr Sidoine JEANVEL, Clermont-Ferrand, 1905. Impr. à Mont-Louis

Odeurs et troubles cardiaques, par le Dr JOAL (du Mont-Dore) (Extr. de *Rev. heb. de laryngol.*, n° 17, avril 1905, Rueff, éditeur, Paris).

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pansodan)

Medicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE DUSSIÈRE.

E
RIS
T.
C.